

答 申

**2040 年問題を見据えたうえで、東京都の
一次医療提供体制のあり方を考える**

令 和 7 年 4 月

東京都医師会 在宅医療委員会

在宅医療委員会 委員

委員長	迫村泰成	新宿区医師会
副委員長	太田雅也	世田谷区医師会
委員	安田淳	港区医師会
委員	遠矢純一郎	玉川医師会
委員	平原佐斗司	北区医師会
委員	菊池亮	練馬区医師会
委員	弓野大	豊島区医師会
委員	関根秀明	稲城市医師会
委員	新井隆男	八王子市医師会
委員	望月諭	日野市医師会
委員	佐々木淳	医療法人社団悠翔会
委員	香取照幸	一般社団法人未来研究所臥龍
オブザーバー	道傳潔	東京都保健医療局
副会長	平川博之	東京都医師会
理事	西田伸一	東京都医師会
理事	佐々木聡	東京都医師会
理事	荘司輝昭	東京都医師会

目 次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	平川 博之	…1
------------------------------	-------	----

I 大都市で在宅医療を担うために（総論）

1 東京都における大都市特有の課題・・・・・・・・	香取 照幸	…2
2 高齢化社会を見据えて ～在宅医療が果たすべき役割は何か～	佐々木 淳	…6

II 地域のゾーンディフェンス機能としての在宅医療

1 一馬力診療所はプロフェッショナル・オートノミーを発揮できるか	迫村 泰成	…22
2 都心区のかかりつけ医からみた地域医療提供体制の特性と課題	安田 淳	…31
3 東京都在宅医療推進強化事業（24 時間診療体制推進）を踏まえ 地域の 24 時間体制をどう構築するか ～世田谷区での実践～	太田 雅也	…37
4 地域づくりと外来診療における多職種連携の未来 ～日野市の取り組み～	望月 諭	…47
5 一次医療での完結を如何に実現するか ～有床診療所の取組み～	関根 秀明	…52
6 在宅医療におけるタスクシフト／タスクシェアの推進・・・・・・・・	弓野 大	…55
7 多職種連携のチームづくり・・・・・・・・	新井 隆男	…61

III 新たな在宅医療の展開

1 新たな在宅医療についての考察 ～アウトリーチと急性期在宅入院～	平原佐斗司	…64
2 かかりつけ医機能強化をどう進めるか・・・・・・・・	菊池 亮	…70
3 在宅医療における急性期治療・ケアへの対応について・・・・・・・・	遠矢純一郎	…76

IV 今後検討すべきさまざまな形の在宅医療

1 介護老人福祉施設はじめ様々な高齢者施設の医療提供体制について	西田 伸一	…84
2 眼科在宅医療について・・・・・・・・	佐々木 聡	…88
3 医療的ケア児への小児在宅医療・・・・・・・・	宮田 章子	…94
4 在宅医療での今回の診療報酬改定について想うこと・・・・・・・・	荘司 輝昭	…97

おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・	迫村 泰成	…99
----------------------	-------	-----

はじめに

東京都医師会副会長
平川 博之

本答申は、2040 年問題を見据え、東京都における一次医療提供体制のあり方を検討するものである。2040 年には、日本の高齢化率がピークに達し、特に大都市圏においては医療・介護の需要が飛躍的に増加することが予測されている。これに伴い、現在の医療提供体制では対応しきれていない問題が顕在化し、医療資源の最適な配分、地域医療機関の役割強化、多職種連携の推進などが求められる。本答申は、これらの課題を正面から捉え、持続可能な一次医療提供体制の構築を目指すための提言を示している。

東京都は、日本国内でも特に医療資源が豊富な地域であるが、その分布には大きな地域偏在がある。都心部には大学病院や大規模病院が集中し、高度急性期医療の提供が主な役割となる一方、回復期・慢性期医療を担う病院は多摩地区や近隣県に分散している。また、東京の医療圏は、一般的な地方都市のように行政区ごとに完結した形では成立しにくく、患者の受療行動は広域化している。このような状況のもと、地域完結型の医療体制を築くことは容易ではないが、今後の医療需要の変化を見据えた改革が不可欠である。

特に、在宅医療の強化は喫緊の課題である。東京都では、高齢化の進展に伴い、通院が困難な患者が増加すると考えられている。それにもかかわらず、診療所の約 7 割が訪問診療を行うことが難しい、あるいはその意思を持っていないとする調査結果もあり、在宅医療の担い手の確保が課題となっている。一方で、新型コロナウイルス感染症のパンデミックを通じて、都市部においても訪問診療の役割が再認識され、24 時間対応可能な医療体制の整備が急務であることが浮き彫りになった。この経験を踏まえ、医療・介護連携の強化や ICT 技術の活用を通じ、より柔軟かつ効率的な在宅医療の提供体制を構築することが求められる。

また、本答申では、かかりつけ医の役割と機能強化についても議論している。都市部においては、患者の受療行動の自由度が高く、固定的な「かかりつけ医」制度が根付くことは難しい現状がある。しかし、高齢者の増加に伴い、医療・介護の統合的な管理が求められる中で、かかりつけ医機能の強化は不可避の課題である。特に、夜間・休日の医療提供体制の整備や在宅医療との連携、診療報酬体系の見直しなどにより、かかりつけ医がより広範な役割を果たせる環境を整備する必要がある。

さらに、都市部の医療機関は相互に競合関係にありながらも、多職種連携や地域医療ネットワークの構築を通じて、より効率的な医療提供体制を実現することが求められている。特に、診療所・病院・訪問看護ステーションなどの連携強化は、医療の質の向上とともに、医療資源の最適活用にも寄与する。近年は ICT を活用した医療連携が進んでおり、オンライン診療や遠隔モニタリングの導入による地域包括ケアの強化が期待されている。

本答申は、東京都医師会在宅医療委員会が中心となり、学識経験者や臨床実務者の知見を結集して作成されたものである。ここに示された提言は単なる理想論ではなく、現場の実態に即した具体的な施策として構築されている。本書が、東京都の一次医療提供体制の未来を見据え、実効性のある政策立案の一助となることを願ってやまない。

I. 大都市で在宅医療を担うために（総論）

1. 東京都における大都市特有の課題

一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事
兵庫県立大学大学院社会科学研究科 特任教授
香取 照幸

人口 1000 万人を超える超大都会である東京には他道府県にはない「特殊東京的課題」が多く存在する。

1. 医療圏という概念自体が成立しない

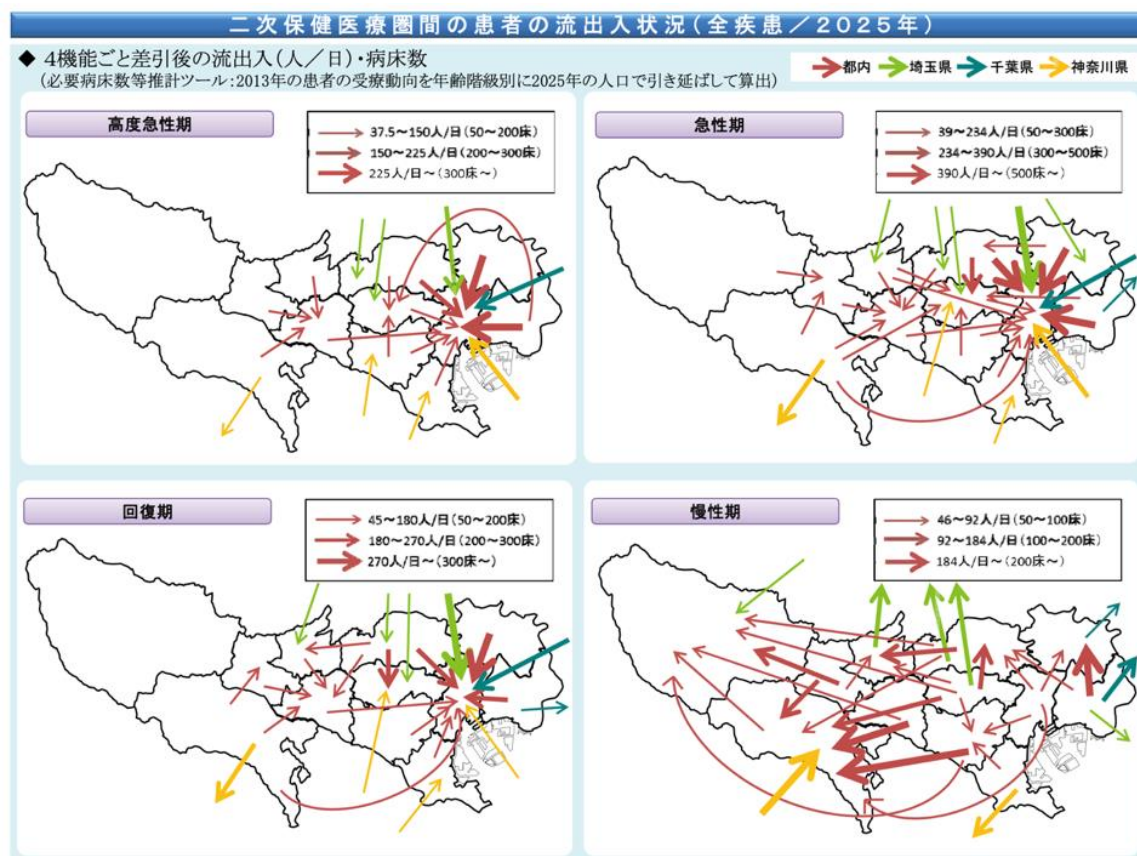
東京圏では「医療圏」という概念自体が成立しない、ということは多くの識者が指摘しており、東京都自身も東京での医療圏単位の医療計画策定の困難さを認めている。

一般的に都会では複数の行政区域にまたがって多くの大学病院・大規模病院が存在しているが、東京都の特徴として、高度急性期・急性期病院は大学病院、大規模病院を中心に都心部に集中して存在し、回復期・慢性期病院には多摩地区や近隣他県の近接周辺部に分散して存在している。

図 1 は、2025 年における東京都の二次保健医療圏間の患者の流出入状況（全疾患）を予想したものであるが、高度急性期・急性期患者の都心部への集中、回復期・慢性期患者の都西部・多摩地区への分散の傾向は顕著である。個別疾病で見ても、がん患者の半数以上は二次保健医療圏を超えて入院している。

患者の受療行動と病院病床の立地は表裏の関係にあり、医療圏単位で、ある程度受療行動が完結している地方とは際立った違いがある。

(図 1)



【出典】東京都医師会「東京都の地域医療を支援する東京総合医療ネットワーク」 東京都地域医療構想（2016年7月）「二次保健医療圏間の患者の流出入状況（全疾患/2025年）」

2. 潤沢な医療資源と大きな地域/機能偏在

東京は全国平均を上回る医療機関数・病床数を持っているが、都心部を中心に存在している大学病院・大規模病院の多くは地域医療との関わりがほとんどない「全国区の特設機能病院」であり、地域医療の資源としてカウントできない。また、前述のように病院病床機能の地域偏在は極めて大きく、医療資源が過剰に存在する地域がある一方で、偏在による不足地域もあり、かつ、過剰地域といっても地域医療を支える地域に密着した医療機関が存在しているわけではない地域も多い。

3. 都市部特有の医療機関連携・協働の難しさ

都市部は公共交通機関が発達しており、住民は自由で広範な移動が可能である。このため患者は行政が想定する医療圏を超えた広域移動による医療機関選択が可能であり、かつ、医療機関が数多く存在していることから、患者は自分の疾患ごと（診療科ごと）に主治の医師・医療機関を使い分けることが可能になっている。

このことは、個人の医療（疾患）全般に包括的に責任を持つ存在＝かかりつけ医がいない、ということでもあるのだが、そもそも都市住民自身、1人のGP（General Practitioner）的なかかりつけ医を持つよりも、状態に応じて自由に医師・医療機関を選べるという仕組みの方が望ましいと考えている、という側面もある。

とはいえ、これは医療資源が潤沢にあり、患者側の選択の幅が大きい東京など大都市部特有の現象であり、大都市部以外の多くの日本の地域ではこのような事象は見ることがない。

他方、個々の医療機関にとっては、人口密度が高い大都市には多くの民間中小病院・診療所が開業しており、医療機関は相互に競合関係にあるが、同時に都市部は公共交通機関が発達していることから、かなり広域の診療圏を持つことが可能になる。このような患者の広域可動性を前提とした広範囲での競合関係は、医療機関が自己の専門領域に沿って診療領域を狭く設定するという経営戦略を取ることを可能にする。

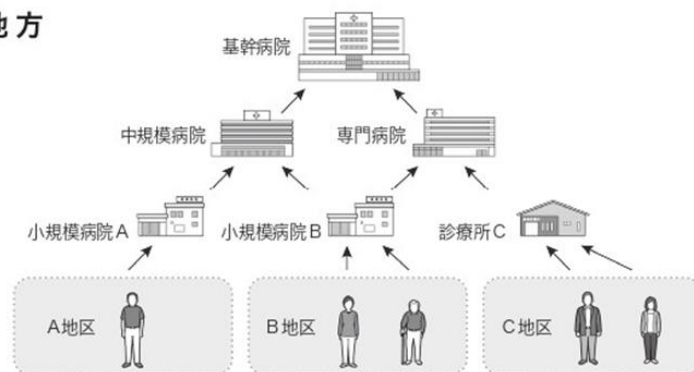
巨大な人口規模の都市部において広範囲の住民を診療対象にすることができれば、特に外来診療を中心に展開する診療所は、あれもこれもする必要はなく、得意な領域に特化して診療しても十分に患者が確保でき、経営が成り立つ。そのような視点に立てば、あえて幅広く全人的な診療を行う総合診療医となるインセンティブは経営的にも医師の業務量的にもほとんどなく、同時に、競合関係にある他の医療機関や介護サービス事業者との連携・協働を模索するインセンティブ・必要性も見出し難い。

医療圏という概念が成立せず、患者側（需要側）、医療機関（供給側）それぞれに大都市部特有の行動様式がある中で、かかりつけ医を中心とした日常的な健康管理・予防から終末期までの「切れ目のない医療」を提供するネットワークを地域完結型で構築することは容易ではない（図2）。

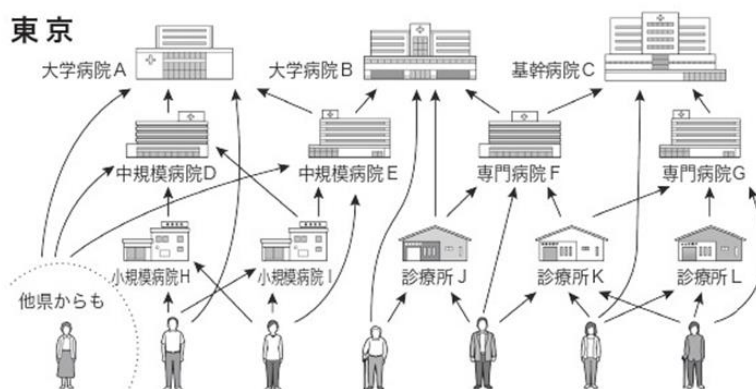
（図2）

東京で「地域完結型の医療」の構築が難しい理由

地方



東京



【出典】「近未来のTOKYO医療に希望はあるか」 TMA 近未来医療会議 2023年5月

しかし、このような体制は一体いつまで持続可能なのだろうか。

中長期の視点から考えれば、東京都においても～より正確に言えば東京都のような大都市部こそ～高齢者人口は増大し続ける。日本全体で見れば 65 歳以上人口のピークは 2040 年代半ば、75 歳以上人口のピークは 2060 年代後半だが、東京の高齢者人口はさらにその先まで増大していく。

高齢者の多くは複数の基礎疾患を持つ Multimorbidity であり、現在でも入院患者の 7 割は 65 歳以上高齢者、5 割は 75 歳以上高齢者、そして 6 割以上の高齢者は単独世帯か高齢夫婦世帯で暮らしている。85 歳を超えれば、その 5 割が要介護/要支援者であり、4 割は認知症である。

今後、人口減少と少子化が進む中で、高齢者人口の増大と「高齢者の高齢化」が相俟って、複数疾患を持ち、家族介護力があてにならず、移動能力を持てない患者が激増する。日本全体で、限りある人的物的リソースで増大する医療介護ニーズをいかに受け止めていくかが医療政策の最大の課題であり、病院病床の機能分化と連携・かかりつけ医機能の社会実装、医療・介護連携など、在宅医療の強化・地域における医療提供体制改革は急務となっている。

東京とて例外ではない。むしろ近い将来、大都市東京は、日本の医療全体が直面している課題により深刻かつ大規模な形で直面することになる。

果たして今のままの医療提供体制で東京の医療は持続可能と言えるのだろうか。

4. コロナ禍での経験や都市の特徴を踏まえた地域医療の形を考える

今回の COVID-19 によるパンデミックで、2040 年に直面するであろう医療現場の姿を我々は現在進行形で経験した。コロナ禍からの学びは多くあるが、日本の医療提供体制の持つ構造的な脆弱さ、特に在宅医療・地域医療の弱さが病院や救急への大きな負荷となって医療崩壊の危機を招いたことは事実である。

他方、COVID-19 への対応の過程で、都市部において往診を専門に担う医療機関が、日中の外来診療を担う開業医と連携して休日・夜間帯や緊急時の医療需要に対応する、という 24 時間対応の仕組みが生まれた。

また、「大規模在宅」と呼ばれる広域対応の往診専門医療機関や SNS を活用したオンコール型の訪問診療医療機関が COVID-19 への対応で大きな役割を果たした。

地方と東京は、医療資源の分布、患者の受療行動、社会インフラなどコミュニティ基盤は大きく異なっており、描かれる処方箋の姿は大きく異なるが、抱えている課題は共通している。

キーワードは地域医療・在宅医療の強化、そのための広い意味での連携と協働であり、それを支えるネットワークの構築である。

そして、それを個々の医師、医療機関の努力で実現していくのではなく、地域でそういう形を作っていくこと、一握りのスーパースターではなく、普通の医療機関が身体的にも経営的にも無理をすることなく、医療者としての矜持にも合い、生活者としても自分の生活も維持できるようなシステムを構築していくことが求められる。

2. 高齢化社会を見据えて～在宅医療が果たすべき役割は何か～

医療法人社団悠翔会
理事長 佐々木 淳

＜今後への提言＞

- ①在宅における医学管理（特に ACSCs としての予防医学的介入）
 - ・ポリファーマシーへの対応
 - ・低栄養・サルコペニア・フレイルへの対応
- ②在宅における急変対応（特に在宅における診断と治療（在宅入院の概念含む））
- ③在宅から働きかける退院支援（特に退院後調整と早期退院支援）
- ④再入院抑制（移行期のケアギャップの補正と入院関連機能障害への回復支援）

在宅医療が果たすべき役割は何か。

在宅医療は支える医療といわれるが、生活を支えるのは多職種である。在宅医療に生活が支えられるわけではない。

では、「生活を支える」ために在宅医療（在宅医）が果たすべき役割は何か。

弱っていくのをただ見守る、急変時や増悪時に病院に搬送するだけの在宅医療に存在意義はあるのだろうか。もちろん患者の価値観の理解、Narrative based medicine/care は在宅医の基本的態度として非常に重要であるが、患者の人生に伴走するだけなら医師免許は必要ない。

在宅患者とその家族にとっての「安心できる生活」と「納得できる人生」を支えるために、高度医療専門職として何が求められているのか。今回、在宅医療が果たすべき役割（現在、十分に責任が果たせていないと考えられる領域）として上記の 4 領域をピックアップし、内容を整理した。

1. 在宅における医学管理：

ACSCs としての在宅患者と潜在的リスクへの一次予防医学的介入

Keywords：

- ・ACSCs (Ambulatory Care-Sensitive Conditions)
- ・ポリファーマシー
- ・フレイルサイクル（低栄養・サルコペニア・フレイル）

（1）ACSCs としての在宅患者

在宅医療の基本となるのは定期的な訪問診療を通じた継続的・計画的な医学管理である。この継続性の中で、在宅医は患者・家族と信頼関係を構築し、日々の対話の積み重ねを通じ

て患者の価値観・人生観を理解し、関わる多職種と密に連携しながら、患者・家族が納得のできる選択を支えていく（Narrative Based Medicine と ACP）。

一方、在宅患者の多くは加齢や疾患に伴う複数の障害とともに生きている。身体機能に余力がなく、急性増悪・重症化・入院のリスクが高い、いわゆる ACSCs（Ambulatory Care-Sensitive Conditions）の状態にある。これはプライマリケアの適切な介入により入院を予防できる可能性がある状態であるとされる¹⁾。

在宅患者の多くは障害の治癒を目標とできない慢性期・終末期にある。そのような患者に対する「医学管理」とは、急性増悪・入院のリスクを減らす（結果として自宅で最期まで過ごす）ことにあるのではないか。この予防的介入には当然のことながら Evidence Based Medicine が求められるが、ここには患者の個別性を考慮する必要がある。年齢や基礎疾患、患者の余命（残された生存期間）や残存機能などによって、介入の内容や優先順位は当然変化する。患者や家族の価値観への配慮も求められる。

在宅患者の潜在的リスクは普遍的なリスクと個別のリスクの2つに大別される。

普遍的なリスク＝在宅患者の共通のリスク要因としては、ポリファーマシー（多剤併用）と低栄養・サルコペニア・フレイルが挙げられるが、残念ながら、いずれも適切な対応が行われていない。

（2）ポリファーマシーへの対応／薬物療法の専門家としての薬剤師の職能の活用を

内服薬剤数が6種類を超えると入院中の有害事象のリスクが有意に高くなること、外来通院している高齢者については5種類を超えると転倒のリスクが2倍以上になることなどが明らかにされている。また認知症や低栄養・サルコペニア・フレイルのそれぞれに対しても独立したリスク要因であることが示されている。一方、薬剤師が訪問している在宅患者において、内服薬剤種類数は中央値で7種類であったという報告がある²⁾。

現状、在宅患者の薬物療法は在宅医の判断だけに委ねられている現状があるが老健施設³⁾や療養病床⁴⁾を対象とした調査では、介入による内服薬剤数の削減が可能であることが示されている。在宅医療においても医薬連携を基軸に積極的な内服治療の適正化を一層進める必要があるのではないか。

地域における訪問薬剤師との連携は進んでいるが、ここを単なる訪問服薬指導の依頼に留まらず、薬物療法の適正化につなげていくために、医師・薬剤師双方のコミュニケーションをさらに密にしていくことが重要である。疑義照会に対して医師の威圧的反応・拒絶的態度を経験している薬剤師が少なくない⁵⁾。このような状況は何よりも患者にとって不利益である。特に処方権を持つ医師は、薬物療法の専門家としての薬剤師の職能が内服治療においてより積極的に発揮されるよう、フラットな関係性を構築していくことを意識する必要がある。

なお、日本老年薬学会は2024年5月、高齢者施設での服薬の回数を減らし、可能なら昼の1回にまとめることを推奨する提言を公表した⁶⁾。特に高齢者施設では薬剤の処方見直しと並行して服薬の簡素化を積極的に進めるべきと強調、服薬管理にかかる時間と労力を減らし、特に人員配置の厚い昼食後に服薬を集約することで、入所者や入居者の事故やケアの質の低下を防ぐことができるとしている。これは在宅医療においても同様ではないか。

（３）低栄養・サルコペニア・フレイルへの対応

管理栄養士を主軸に「三位一体のアプローチ」の推進を

令和元年度国民健康・栄養調査の結果によると、健康日本 21（第二次）より設定された低栄養傾向（BMI20kg/m²以下）である 65 歳以上の高齢者の割合は男性で 12.4%、女性で 20.7%、85 歳以上では男性で 17.2%、女性で 27.9%であり、年代が高くなるにつれて低栄養傾向者が多くなっている⁷⁾。MNA®-SF による低栄養スクリーニングによると、在宅療養高齢者の約 20%が低栄養状態、50%以上が低栄養のリスクを抱えている⁸⁾。

要介護高齢者の急性期入院は、誤嚥性肺炎・尿路感染・骨折によるものが多いが、これらはいずれも低栄養・サルコペニア・フレイルが独立したリスク要因として明らかになっている⁹⁾。医療法人社団悠翔会において誤嚥性肺炎・骨折で緊急入院した患者の入院前の背景要因を分析したところ、低栄養の有症率は誤嚥性肺炎で 87%、骨折で 74%、サルコペニアの有症率は誤嚥性肺炎で 88%、骨折で 84%と、一般的な在宅療養高齢者の集団に比べて、非常に高くなっていた¹⁰⁾。

要介護高齢者の緊急入院の過半数が感染症（うち約半数が誤嚥性肺炎）や骨折であることを考えると、これらの背景要因に対するアプローチの重要性は明らかである。

中でも最も重要なのは低栄養に対する介入である。低栄養（必要なエネルギーやタンパク質が摂取できていない状態）は、体重減少（るい痩）や筋量減少（サルコペニア）が生じさせる。それらは身体的フレイルの要因となる。そしてこれらの脆弱性が複合的に作用し、誤嚥性肺炎や尿路感染症、骨折などが発生する。

この一連の悪循環がフレイルサイクルであるが、その起点は栄養の低下にある。

低栄養の原因は多岐に渡るが、最終的には経口摂取量の低下がその直接的な要因となる。

最後まで美味しく口から食べ続ける。よりよい栄養状態でより長く過ごせる。それを支える専門職が管理栄養士だ。訪問栄養食事指導では、訪問管理栄養士がその人の身体状況や基礎疾患、摂食嚥下機能などに応じた食事の形態や栄養バランスを考え日々の食事を支えるために、生活力に応じた調理方法を指導し、経済力と移動能力に応じた食材の安定確保の方法まで一緒に考えてくれる、要介護高齢者を支えるために非常に重要な支援アームの 1 つだ。

また訪問栄養食事指導はアクセシビリティの高いサービスでもある。

管理栄養士の在宅や施設への訪問は医療保険・介護保険の両方でカバーされる。介護保険においては居宅療養管理指導として行われるので点数を気にする必要がない。訪問栄養食事指導が提供できる栄養ケアステーションは全国に配置され、都市部においては管理栄養士を雇用する在支診も増えてきている。当法人でも 4 人の訪問管理栄養士が活躍している。

潜在的ニーズが非常に高く、使いやすいはずの訪問栄養食事指導。しかしその利用は進んでいない。全国では 100 万人の在宅医療利用者がいるにも関わらず、管理栄養士の訪問指導の件数は全国でわずか 5000 件／月前後。在宅患者の 0.5%しか管理栄養士による支援を受けていないことになる。これは他の在宅専門職の介入頻度に比べて 2～3 桁少ない。

現在、日本の主要病院には NST（栄養サポートチーム）が設置されている。医師に加え栄養・リハビリ・口腔・薬剤などの専門家によるチームアプローチで、入院患者に対して効果的な栄養ケアを提供する。これにより NST 非介入の場合と比較して治療成績が向上、在院日

数が短縮する。NST の導入により患者の QOL・生命予後の改善のみならず、年間 4000 億円程度の入院医療費の削減効果があるとされている。

2024 年の診療報酬改定では、管理栄養士の地域・在宅での活躍の場を広げるための具体的な施策の 1 つとして、在宅診療の要件としての訪問栄養食事指導の提供体制確保への努力が求められた。在宅医療においても病院 NST と同様の取り組みを進めたい、栄養ケアをしっかりと提供できる体制を確保することで在宅での急変や入院を減らし、要介護度を改善させ、患者の QOL のみならず社会保障費の削減にもつなげたい、そんな意図を感じる。

実際、厚労省は自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携として、栄養＋リハ＋口腔のいわゆる「三位一体のアプローチ」を医療・介護のさまざまなフェイズで促している。リハビリや歯科の活躍は在宅の領域でも当たり前のものになっているが、そこに管理栄養士が加われば、まさに「地域在宅 NST」として機能できることになる。

しかし訪問栄養食事指導の提供体制の確保が要件に加えられても、管理栄養士の活用は進んでいない。管理栄養士を動かすためには医師の指示が必要になる。在宅で管理栄養士が活躍できないネックの 1 つは医師の低栄養に対する無知と無関心であることは間違いない。

要介護高齢者の場合には、エネルギー制限、塩分制限、タンパク制限など、いわゆる「制限食」が予後を改善するというエビデンスはほとんど存在しないにも関わらず、高齢者施設等では医師の指示に基づいてこれらの「治療食」が多く提供されている。

一方、低体重・低栄養の高齢者に対しては、多くの在宅医は特に介入をしないか、したとしても栄養補助食品の処方に留まる。低栄養の原因のアセスメントや専門職による必要な介入のコーディネートが行われないケースが大部分である。

特に在宅医の低栄養に対する課題意識の喚起、低栄養の原因に対するアセスメントと脆弱性疾患の予防的介入としての栄養ケアへの積極的関与、管理栄養士の活用を軸にリハと歯科・口腔を加えた三位一体のアプローチを積極的に展開することで、フレイルサイクルの起点である低栄養に対して効果的な介入ができる体制を地域ごとに作っていく必要があるのではないだろうか。

（４）個別のリスク／疾患・病態に応じたリスクと人生のフェイズや残存機能に応じた調整

上記の普遍的なリスクに加え、患者の個別性に応じたリスクも考慮する必要がある。

老衰・認知症、悪性腫瘍、循環器疾患や呼吸器疾患、いずれも Disease Trajectory が異なる。それぞれの経過の特性に応じた予防的介入が求められることは言うまでもない。

医療専門家としての医師は、これらの疾患や病態を医学モデル的に管理することには長けている。しかし、疾病治療の完成度を高めることは、必ずしも患者の利益につながらない。在宅における医学管理においては、NBM と EBM、生活モデルと医学モデルのバランスが求められる。いまだに医学モデル偏重型の医学管理（患者の優先順位を無視して、安全管理や特定臓器の治療に偏った医学管理により、患者の生活や人生が一方的に支配されているケースなど）が少なくない。しかし一方で NBM/生活モデル偏重型（患者の状態を医学的にアセスメントせず、積極的治療・回復可能性という選択肢を提示できないケースなど）の在宅医療も存在する。

在宅医は、患者の意向を理解した上で、残された人生の時間、医学的介入の適応とそれに伴う患者の QOL の変化、在宅ケア体制などを包括的に勘案しながら、「その疾患」に対する最適な治療ではなく、複数の病気や障害とともに人生の最終段階を生きている「その人」に対する最善の治療を模索し続ける態度が求められる。

特に在宅医療の担い手の多くは臓器別専門医の出身である。家庭医療やプライマリケア、老年医学の概念を理解し実践できるよう、医師の自助努力に期待するのみならず、質の均霑化のための仕組みづくりを検討する必要があるのではないかな。

2. 在宅における急変時・増悪時の対応：

二次予防（早期発見・早期治療）と在宅治療（在宅入院）という選択肢

Keywords：

- ・ 24 時間連絡体制：多職種 ICT 情報共有
- ・ 在宅診断：ポータブルモダリティ
- ・ 在宅治療：在宅入院・リモートモニタリング

（1）24 時間の確実な緊急対応／診診連携と多職種連携・ICT 情報共有

定期的な訪問診療と多職種連携を通じて効果的な予防医学的介入ができたとしても、急変や増悪のリスクをゼロにはできない。予測される急変に対しては、事前指示（レスキューオーダー等）にて備えておくこともできるが、予想外の事態が生じた場合、また事前指示が期待通りに機能しなかった場合には、緊急対応が必要になる。

一部の在宅医療機関では 24 時間対応の確実性が担保されていないが、これは患者と地域の双方にとって望ましい状況ではない。ソロプラクティスに伴う物理的限界があったとしても、診診連携等（東京都内においては民間企業への委託も可能）により 24 時間対応体制の確保は難しくはない。特に救急医療が逼迫する東京においては、在宅患者の急変に対する一次医療による対応は社会的責任でもあるはずだ。

しかし、在宅患者の急変のすべてに対して在宅医が一次対応を求められるわけでは必ずしもない。特に訪問看護師との役割分担の中で対応が完了するものも少なくない。そこで重要になるのが密な情報共有に基づく連携・協働である。現在、地域ごとに ICT プラットフォーム上での患者情報共有が進められているが、2024 年の診療報酬改定では在宅医療情報連携加算が新設され、多職種による ICT 患者情報共有が加速した。

これにより多職種で患者の急変のシグナルを早期に探知し、顕在化する前に対応できる可能性がある。医療法人社団悠翔会における 2023 年 9 月～2024 年 8 月期の緊急対応件数は 30,473 件であった。これは前期より 6,379 件少ない。管理患者数が増加（+10.1%）、うち重症者の割合（+4.8%）も上がったにも関わらず、一人あたりの緊急対応発生が 25.8%抑制されたのは、医学管理の質の向上というよりは、ICT による多職種情報共有および連携の強化が奏功した可能性があるのではないかと考えている。

情報共有のデジタル化のための現場の作業負担は少なくないが、いずれテクノロジーの進

化が入力・閲覧作業を簡素化してくれることを期待しつつ、ICT 上での多職種間の情報共有が確実に行われる体制づくりに積極的に取り組みたい。

（２）在宅での診断／エビデンスの蓄積と新しいモダリティの活用

電話対応や訪問看護のアセスメントなどにより必要と判断した場合には往診が行われる。往診は時に患者や家族の不安に応えるために行われることもあるが、その本来の主目的は、在宅での診断と治療である。

在宅療養高齢者の診断については、さまざまな研究が行われ、少しずつではあるが疾患や病態ごとに指針等も整備されつつある。通常の成人とは異なる特性を持つ要介護や認知症のある高齢者という集団に対して、エビデンスに基づいた診断や治療方針の選択が可能になってきている。

もう一つ特筆すべきは診断モダリティの進化である。特にポータブル超音波診断装置（ポケットエコー）のポータビリティの改善に加え、診断可能領域の拡張と診断性能の向上、それに伴う在宅での対応範囲の拡大は特筆に値する。

以前は腹部実質臓器・心臓・脈管や体表の一部に限られていた超音波の診断範囲は、消化管、肺、運動器（筋肉・関節・骨）へと大きく拡大した。もともと腹部実質臓器や心不全の診断においては必要不可欠な診断装置であったが、肺炎の診断力においても感度・特異度ともに胸部エックス線をしのぐことが明らかにされている。関節損傷や骨折の診断にも普通に用いられるようになった。ケアの現場においても、残尿測定のみならず、便秘の評価（直腸性便秘・弛緩性便秘の鑑別）、排便支援のタイミングを計るのにも使用されるようになり、患者のケア負担の軽減に大きく貢献している。

これらを可能にしたのは画像の改善である。かつては存在診断に留まっていたポケットエコーだが、現在では質的診断が十分に可能になっている。加えて様々な画像・動画データをリアルタイムでデジタル処理することにより、さまざまなパラメータを自動計算できるようになった。クラウド上で画像・動画が専門医と共有されれば、専門医でなくとも必要な画面を描出し、高度な診断を自宅で行うことも理論的には可能になっている。

GE HealthCare と合同で実施した調査（医療法人社団悠翔会／医療法人鳥伝白川会ドクターゴン診療所／紀美野町立国民健康保険国吉・長谷毛原診療所／奥尻町国民健康保険病院の４医療機関において 2024 年 8～10 月の 3 ヶ月間に実施した 225 件のポケットエコーの実施事例が対象）において、ポケットエコーを活用したことで「診断・治療ができた」44.9%、「診断はできなかったが緊急疾患は除外できた」32.9%、「侵襲的なケアが回避できた」12.4%と、救急搬送・入院の回避に非常に有用であることが明らかになった。また、高度医療機関が受診と判断されたケースにおいても、その多くが事前に診断ができたことで適切なタイミングで適切な医療機関に紹介できた（5.8%）とされている¹¹⁾。

このようなモダリティをプライマリケアの現場で活用できることは、在宅での診断・治療を行う上で非常に重要であると考えられる。しかし、Medical Tribune が実施した 2024 年 4 月の調査（一般内科／在宅療養支援病院・診療所対象）によるとポケットエコー所有率は 19.67%、ポケットエコー利用率は 17.32%と在宅エコーの普及率は非常に低い。愛媛県松山市

では医師会がポケットエコーを保有し、会員医療機関に貸し出すなどの事業をしているが、在宅での診断力の強化のために、在宅医療を含むプライマリケアに関わる医師が超音波検査のスキルを学ぶための機会を確保することも必要ではないかと考える。

（３）在宅での治療／在宅入院とリモートモニタリング

病状が悪化した時、病診連携を通じて、必要に応じて適切なタイミングで入院できることはとても重要である。しかし、要介護高齢者は入院関連機能障害により身体機能・認知機能が低下する。また、がんの終末期の患者は、最終的に退院が困難となることも少なくない。

入院の判断にあたっては、医学的適応のみならず、QOL、本人の意向、周囲の状況を包括的に考慮しつつ、患者本人にとって最善の選択を本人・家族とともに考える（共同意思決定）。在宅医は入院する場合、入院をしない場合の選択肢について、それぞれの見通し（治療によって得られるものとその確率、失われるものとその確率）を共有する。本人の意思表示ができない場合には、本人の推定意思に基づいた意思決定を行う。

この際、「入院して治療する」「積極的に治療せずに緩和ケアに移行する（看取る）」だけではなく、「自宅で積極的治療を継続する」という選択が提供できることが、今後より重要になっていくのではないだろうか。

意思決定支援は、意思形成支援・意思表出支援・意思実現支援の３つのプロセスに分解されるが、そもそも本人に選択肢が提示できるか、その選択が実現できるか、という部分については在宅医の診療対応能力および多職種の連携力（特に訪問看護の対応能力）に依存するところが多い。

日本以外の多くの先進国では「Hospital at Home (HAH)」（在宅入院）として、自宅での急性期医療が制度化されている。オーストラリアでは入院の回避・入院期間の短縮・病院のケアに伴う様々なリスクを回避するという目的でHAHが積極的に運用され、肺炎や尿路感染の治療成績において入院医療と遜色ないという結果が出ている¹²⁾。フランスではHAH (Hospitalisation a Domicile (HAD)) を地域医療計画、入院扱いとし（病床としてカウント）、入院診療に準じた診療報酬の支払いを行っている。本年、本格的に在宅医療への給付が始まった台湾では、対象疾患は慢性期ではなく肺炎・尿路感染・蜂窩織炎の３疾患の急性期としている。同じく、韓国でも在宅医療の対象として許可されたのは慢性期ではなく、急性期疾患の在宅治療である。

日本においても新型コロナ禍において（特に2021年の第4波以降）、新型コロナ肺炎の在宅での対応を余儀なくされたが、補液、投薬、酸素投与など（法律による薬剤使用の制限さえなければ）病院と同様の治療が可能であり、中等症2以上（低酸素血症を伴うコロナ肺炎）であっても自宅での死亡例はわずかであった。

また、在宅医療の現場でも誤嚥性肺炎や尿路感染等で入院を望まない在宅患者に対しては、在宅での抗菌薬投与・酸素投与等が行われてきており、2024年の診療報酬改定では微量輸液ポンプによるカテコラミンの投与等も診療評価の対象となるなど、重度心不全の在宅管理の手段も拡大してきている。

一方、在宅医療が技術的には急性期治療が可能であっても、多くの在宅医が急性期の在宅治療を選択しないのは、病状不安定な患者を遠隔で診ていくことに対する漠然とした不安が

ある。この部分において、現在、在宅患者のモニタリングのためのデバイスの活用が進んでいる。

海外の HAH においてはスマートウォッチや心電図モニタの装着などが試されているが、日本において現在、もっとも活用が進んでいるのはベッドセンサーである。患者のマットレスの下にセンサーシートを設置することで、患者の睡眠・覚醒の状況および呼吸数・心拍数をモニタリングすることができる。台湾の HAH の現場でもすでに実用化され、一部、報酬がつけられている。

大手介護事業者の中には、全施設入居者に対してベッドセンサーを設置しているところもあるが、疾患の増悪徴候の鋭敏なバイタル指標である呼吸数・心拍数を遠隔でモニタリングできることで、誤嚥性肺炎や心不全の治療をより適切に行うことができる。具体的には患者の違和感の訴えや発熱・動脈酸素飽和度の低下を待たず、呼吸数の増加に対して早めの介入を行うことで緊急入院を回避できる可能性がある。医療法人社団悠翔会では、現在、センサーマットのメーカーと急性期の在宅管理の安全性と有効性に関するパイロット研究を行っている。

看護師の常駐できない在宅医療においては、点滴治療や全身管理など、訪問看護との密な連携が求められることになるが、フランスの HAD では医師の往診は初診時のみ（治療計画のコーディネート）で、あとは訪問看護によるケアが中心となっている。

日本においても特別訪問看護指示を活用すれば、在宅患者の急性増悪に対しては、現在の制度の中でも十分に対応が可能である。一方、平時は自立度が高く、在宅医療の対象とならない患者に対する在宅入院は、それを在宅医療として評価する仕組みが往診料しかない（継続的・計画的な医学管理を要しないため在宅時医学総合管理料が算定できない）。

急性期をカバーする在宅医療を「在宅入院」として位置付けるのであれば、新たな制度上の枠組みづくりを検討することも必要であると考えられる。

3. 退院支援：

自宅に帰りたい人が、1日も早く帰れるようにするためには

Keywords：

- ・ 終末期がん患者の在宅復帰支援：二人主治医制と退院「後」調整
- ・ ホスピスホーム
- ・ 要介護高齢者の早期退院支援：入院時カンファランス

（１）終末期がん患者の早期退院支援／二人主治医制と「退院後調整」の仕組みづくりを

退院前共同指導（退院時カンファランス）を中心とする病院と地域の連携の型はできた。しかし、在宅側は病院から患者が退院してくるのを待つだけでよいのだろうか。

国立がん研究センターの調査によると、日本人の約 7 割は、がんと診断され治療が困難な状況であるならば、最後は自宅で過ごしたいと考えている¹³⁾。しかし実際に自宅で最期を過

過ごすことができるがん患者は 12.3%と非常に少なく、81.3%が病院で亡くなっている¹⁴⁾。また自宅に帰ることができた患者も、その残された予後は非常に短く、長くても週の単位、退院同日に亡くなられる方も珍しくない。

終末期がんであったとしても、最期まで安心して生活が継続できる、納得して人生を生き切れるために、まずは「家に帰りたい」という思いが尊重されること、そしてできるだけ長く自宅で過ごせる時間を確保できることが重要なのではないか。

そのために地域（在宅医療）側でできることは3つあると考える。

1) 病状経過の見通しに応じた意思決定支援（治療の中止と療養場所の決定）

がん患者は次から次へと重大な意思決定を迫られる。多くは病気がよくなること、予後が改善することを期待しながら治療を継続するが、標準治療が終わった時点ですでに身体機能は大きく低下しており、持続的な薬剤投与や医療機器が必要になっているケースが少なくない。

その状況では自宅で過ごすことが難しいと病院で説明をされること、自宅に帰るという選択肢そのものが示されないケースもいまだに多い。

また自宅に帰るという選択をしたとしても、もともと自立していた患者が通院困難になったからの平均予後は1~2ヵ月とされる。残された時間は短い。

穏やかな時間をできるだけ長く確保するために、治癒が困難ながんについては、いずれ病状が進行した場合にどうするのか、あらかじめ考えておく必要がある。また、その選択によっては、あらかじめ在宅医が将来の主治医として伴走できる体制（二人主治医制）を構築すべきではないか。

これにより患者は、病院主治医以外に療養場所の選択（選択肢）について相談することができる。また、あらかじめ予測される病状経過に対して備えておくことで、安心できる療養生活の継続につながる。

現在の制度上、通院可能な状況で患者に往診・訪問診療をすることはできないが、訪問看護（通院困難という介入要件がない）がアドボケートとして先に介入し在宅医側と情報連携しておくこと、在支診側が緩和ケア外来を開設する、あるいは自費（または非算定）で患者宅を事前訪問しておくなどの工夫は現時点でも可能である。

2) 1日も早く自宅に帰るための地域側の体制づくり

前述の通り、終末期がん患者は、自宅に帰ることを選択できたとしても、実際にその多くは退院できない、あるいは退院できたとしても、退院支援に時間がかかり、結果として自宅で過ごせる時間が非常に短い。残された予後が2週間しかない終末期がん患者にとって、退院調整に1週間を要するということは、残された人生の半分を奪われるということでもある。そしてこの1週間で進む急激な全身状態の変化に、患者本人や家族の気持ちが揺らぐことも少なくない。

医療法人社団悠翔会では、前期（1年間）においてがんを主病名とする患者 2,099 人に対する在宅療養支援を開始した。一方、同時期において訪問診療の依頼があったにも関わらず、死亡などにより退院できなかった（在宅復帰が叶わなかった）ケースが 2,059 件存在する。終末期がん患者のうち、2 人に 1 人は「退院が間に合わない」ということになる。

患者が「帰りたい」というのであれば、その日に、あるいは遅くとも翌日までには家に帰れる。終末期がんの退院支援にはそのくらいの迅速性が求められるのではないか。

特にがん治療を担うがん診療拠点病院は、患者の分布範囲が非常に広い。遠方からの通院患者に対しては、そもそも地域密着や地域連携が難しい。そのような状況での退院調整・退院支援にはおのずと時間がかかる。在宅医を確保し、ケアマネを確保し、訪問看護師を確保する。必要な社会資源が地域にあることを確認する。足りない部分を補う仕組みを考える。これらに加えて、病棟では医療機器の管理や注射薬の取り扱いなどを患者・家族に教育しなければならない。この間に終末期がん患者が家に帰れる確率はどんどん下がっていく。

病院の退院調整を待つのではなく、地域の側で退院「後」調整するという形にシフトすべきではないだろうか。

退院の打診をされたタイミングで、最初に打診をされた事業者（在支診、訪問看護ステーションまたは居宅介護支援事業所）が、その地域でその患者の病状や社会背景を考慮した上で最適なパートナーを提案し、最低限の生活の継続に必要な福祉用具・医療機器を迅速に手配する。細かい調整や医療機器の管理指導や療養生活上のアドバイスは家に帰ってからでも十分にできる。地域ごとにそのような体制を作ることはできないだろうか。

そのためには在宅側は、ICT ではなくホットライン（直接電話）で迅速に連携できるくらいの密な協働体制が必要になる。そのような関係性を地域ごとに構築しておくことは、がん治療を担う医療機関にとっても、がん治療を受けている患者にとっても、利益のある仕組みになると考える。

3）在宅での緩和医療の提供体制の確保

自宅に帰るためには、在宅でも必要十分な緩和ケアが提供できることが前提として重要になるが、この部分は他稿に譲りたい。

前出の国立がん研究センターの遺族調査によれば、自宅での看取りのケースにおいて、家族の満足度は病院や PCU、施設に比してもっとも高いことが明らかになっている。

また予後の見通しが日の単位よりも長い場合、療養場所として自宅を選択した場合、PCU を選択したケースよりも、生命予後（生存期間）が長いことも明らかにされている（平均生存期間・余命が月単位の場合：在宅 65 日間／PCU 32 日間、週単位の場合：在宅 32 日間／PCU 22 日間）¹⁵⁾。

患者・家族が安心して自宅に帰るということを選択できるよう、在宅医療側はそれを受け入れられるよう必要十分な緩和医療の知識とスキル、そして必要な医療機器や薬剤の迅速な供給体制を確保しておきたい。

（２）「ホスピスホーム」の在り方／地域包括ケアシステムの中での位置づけを整理

患者の意思実現支援を阻害する要因として懸念されるのが「ホスピスホーム」の増加である。

緩和ケアを提供する場所が不足しているという社会的ニーズからスタートしたホスピスホームのほとんどは、終末期がんと神経難病の患者を対象として運営されている。入居者がこの２疾患群に限定されるのは、医療保険による訪問看護の提供が可能であるからだ。

ホスピスホームの多くは高齢者住宅として運営され、その収益の源は訪問看護だ。頻回訪問、深夜訪問、複数人訪問などを組み合わせるため患者単価が高い。一軒一軒、地域の患者宅を回る地域の訪問看護ステーションとは平均患者単価が 10 倍程度異なる。

施設の高稼働を維持するのも容易だ。訪問看護の収益性が高いので入居費を安く抑えることができる。家族は場合によっては自宅でケアするよりも安いコストで病人を預けることができる上に自己負担は少なく（外来高額療養費が適用される）、地域の病院にしても 24 時間看護の施設に安く患者を送り込めるので退院支援の労がなくなる。しかも、とりあえずホスピスホームに入居させれば在宅復帰としてカウントできる。地域によってはホスピスホームを最初の退院先として患者に提案する病院も増えてきている。

収益性が高いため、看護人材の確保も容易である。しかし、地域のヘルスケア人材は有限であり、人手不足にあえぐ地域の病院や高齢者施設、そして他の訪問看護ステーションは雇用条件で競り負けている。

その 24 時間の強力なケア力で、厳しい状況にある入居者の生活の継続をしっかりと支えている事業所がある一方で、明らかなモラルハザードも生じている。2024 年 9 月には複数の事業者による不正または過剰な訪問看護の実態が報道され、厚労省はそれを受けて「訪問看護の頻度や内容は利用者や家族等の状況に即して個別検討せよ、一律に上限回数まで訪問することなどは認められない」との事務連絡を発出した¹⁶⁾。

確かに、かつては在宅緩和ケアの提供者が少なく、がんや神経難病の人たちが「難民」となっていた時代があった。ホスピスホームには一定の存在意義があったと思う。

しかしホスピスホームが増加し、施設入居と 24 時間看護のハードルが下がったことで、逆に患者本人にとっては自宅退院・在宅療養継続のハードルが高くなった。

もちろん施設であっても、そこで本人が選択した暮らしが継続できるのであれば問題はない。訪問診療で関わらせていただいているホスピスホームの中には、そこが入居者にとっての「すまい」となるよう努力と工夫がなされているところもある。しかし残念ながらホスピスホームの多くは住宅というよりは病院に近い。患者に与えられる自由度は少なく、1 日のほとんどをベッドの上で過ごし、施設はおろか居室から出ることもできない患者も少なくない。これを「在宅復帰」と評価するのは無理があろう。実際、前出の国立がん研究センターの遺族調査の結果でも、施設における終末期ケアは一般病院、PCU（緩和ケア病棟）、在宅と比してもっとも満足度が低い結果となっている¹⁷⁾。

そして突出した収益性の高さは、地域の看護師の雇用市場に明らかに異変をもたらしている。病院や特養、地域の訪問看護ステーションでの看護師確保が難しくなれば、地域包括ケアシステムは崩壊する。

ホスピスホームの異常ともいえる高収益構造については、同様の疾病・重症度の患者をケアできている特養や特定施設でのサービス提供状況を参考にしながら、DPC に準ずる包括的報酬の導入などを検討すべきではないか。また、同一施設内においては一定の客観的要件を満たすケースを除き原則として一人訪問とするなど、重度ケア提供導入における恣意性を排除すべきではないか。

ホスピスホームの入居者に社会保障財源から毎月 1 人 100 万円を支出するのであれば、在宅復帰を支援するための訪問介護や地域密着型サービスの充実、緩和ケア病棟の疾病区分の撤廃とキャパシティの確保にそれを振り向けたほうが、終末期ケアの充実そして「社会全体の幸せ」は増えるのではないかと考える。

（３）要介護高齢者の早期退院支援／入院時の情報提供と入院時カンファランスの開催

要介護高齢者の退院についても、そのタイミングを病院に任せるのは望ましくない。退院前共同指導は一般化してきたが、在宅療養支援体制について十分に情報共有できていない状況で病院側だけに退院可能なレベルを判断させるのは難しいのではないか。

退院前共同指導で声がかかるのを待つのではなく、在宅側から受け入れ可能な閾値＝退院基準をあらかじめ病院側と共有しておくことが必要ではないか。

入院時の在宅側からの診療情報提供書に、在宅療養支援体制についての詳細と、在宅で可能な医療対応の範囲、そして何の目的での入院依頼なのか（どの部分をどこまで改善できれば退院受け入れ可能なのか）を明瞭に記載することを意識することが重要である。

2024 年の介護報酬改定では「入院時連携加算」の評価がアップした。しかし、本来であれば在宅主治医（診療情報提供書）とケアマネ（入院時情報提供）とバラバラに情報共有するのではなく、一体的に共有されることが望ましい。また、在宅での療養状況をより適切に病院側に理解してもらうためにも、在宅側からの声掛けで退院前カンファランスを入院早期に開催してはどうか。それが早期退院につながれば、入院時カンファランスはそのまま退院前カンファランスとなる。

入院の長期化は身体機能・認知機能の低下につながる。高齢者の場合、10 日間の入院で平均 7 年分の老化に相当する骨格筋の喪失があるとされる。また入院中に譫妄を発症した場合、認知機能の低下が 5 年分進むとする報告もある¹⁸⁾。

早期退院は特に要介護高齢者にとってはその後の ADL・QOL の両面で非常に重要であり、ここは病院と在宅が課題感を共有して取り組むべきテーマであると考ええる。

4. 再入院抑制

病院から自宅へのソフトランディングと入院関連機能障害からの回復支援

Keywords:

- ・移行期支援
- ・偽性老衰・入院関連機能障害

（１）移行期支援／再入院の半数は退院から１ヵ月以内に

病院からの退院と同時に在宅療養が新規にスタートするケースにおいては、退院早期に再入院が起こりやすい。医療法人社団悠翔会の前期の実績では、病院からの新規の訪問診療依頼のうち１年以内に 275 件の再入院が生じたが、うち 80 件（29.1%）は 2 週間以内、そこから 1 ヶ月以内に 61 件（22.2%）、そこから 3 ヶ月以内に 89 件（32.4%）、4 ヶ月以降の再入院は 45 件（16.4%）と、1 ヶ月以内の再入院が全体の 51.3%を占めていた。逆にいえば、在宅療養が開始となった最初の 1 ヶ月間、在宅で踏み留まることができれば、その後は比較的長期安定的な療養生活に移行できることになる。

2016 年 1 月 1 日から 2019 年 4 月 30 日にかけて医療法人社団悠翔会の品川区内の診療拠点で発生した在宅患者の緊急入院 365 件（居宅患者 298 人・施設患者 67 人）について検討したところ、うち 163 件（54.7%／居宅患者 135 人・施設患者 28 人）は回避可能であったと判断された。そのうち 81%は患者側要因・社会的要因によるものであり、特に「十分な ACP」および「訪問看護の 24 時間対応」の有無が回避可能な入院を生じさせる有意な要因として抽出された¹⁹⁾。

病院からの紹介による在宅導入ケースで在宅医が関われるのは、退院前共同指導が実施されない場合には初診時ということになるが、その時点で、もし ACP が十分に行われていない状況であった場合には、今後の病状経過の具体的な共有とそれに基づく十分な意思決定支援のための時間を確保することが重要になる。もちろん、退院当日の疲労と混乱の中で重大な決断を強いることはできれば避けたほうがよい。退院後は比較的短い間隔で訪問を重ねながら、本人の納得できる選択と自宅で生活を継続するための覚悟の醸成を支援できることが重要である。

ACP については、その内容を正しく理解し、患者と適切なコミュニケーションが取れる専門職はまだまだ少ない。専門職や施設によっては、いざというときの支援者側の判断を簡素化することを目的化しているが、ACP とは本来は患者本人の納得できる選択のためのものであり、不適切な ACP は患者や家族の不安を増幅し、時にトラウマを残すこともある。在宅医や在宅多職種は、その侵襲性の高さも十分に認識した上で、適切な意思決定支援ができるスキルを身に着けておく必要がある。

退院と同時に在宅医療がスタートする場合、患者本人も家族も不安が大きい。24 時間の入院管理から、家族中心・訪問中心の在宅療養への移行は、ケア力の落差が非常に大きい。家族は病状の不安定な家族を 24 時間見守りながら、入院前までは経験のなかった在宅ケアを担うこととなる。退院直後は、特にこのケア力のギャップをできるだけ穏やかなものにすることを意識する必要がある。

その際にキーとなるのが 24 時間対応の訪問看護である。在宅医がいくら頻回に訪問しても、家族のケアニーズに応えることはできない。特に退院後の 2 週間は、特別訪問看護指示に基づいて連日の訪問が可能であることに加えて、休日夜間であっても必要に応じて迅速に対応できるステーションを主体にケアの移行を図ることが望ましい。

また、摂食機能の低下した患者に対する食事の準備は家族にとって非常に大きな負担となる。病院での栄養指導だけでは自宅で毎日の食事を準備することは難しい。訪問栄養食事指

導を早期に導入することも、家族の介護負担を軽減するうえで非常に効果的である。

退院直後の 2 週間・1 ヶ月をしっかりと支え、在宅療養生活にいかに関与させていくか。この課題意識と目的意識を在宅医・訪問看護師・ケアマネを中心に多職種でしっかりと共有できることが重要であると考ええる。

（２）入院関連機能障害への対応／偽性老衰を見破る・退院直後の 2 週間の集中的な支援を

退院直後は、在宅生活のソフトランディングに加えて、入院関連機能障害からの回復を支援することも非常に重要である。

病院からの紹介患者の中には、寝たきり・摂食障害に対して「老衰の進行」という診断で、看取り目的で在宅医療がスタートされるケースが少なくない。しかし、在宅療養の中で ADL や摂食機能が徐々に回復、看取りケアから離脱されるケースも珍しくない。

入院中は治療のための食事や行動の制限に加え、環境変化のストレスによる譫妄の出現、それに対する床上での身体拘束や鎮静薬・向精神薬の投与、不十分な口腔ケア、脱水や低栄養、排泄パターンの変化など、悪条件が重なる。

入院治療に伴う医源性サルコペニアは不可避であり、筋量減少に伴う身体機能の低下が生じているが、実際には上記のさまざまな悪条件により、それ以上に衰弱した状態になっている。

しかし、退院によって環境変化のストレスは消失する。薬剤を最適化すれば譫妄のリスクは大きく低下する。十分な口腔ケアを行い、脱水や低栄養を補正するだけで、患者の状態は大きく改善する。退院直後に、患者に悪影響を及ぼしている要因に対して迅速に対応することで、速やかな回復を支援することができる²⁰⁾。

ケアマネの中には、要介護 5 で退院してきた患者に対して、要介護 5 の生活に最適化したケアプランを準備し、現状維持または穏やかな衰弱を見守ること以外の選択肢が準備されていないこともある。しかし、中には 2 ヶ月後に要介護 2 に回復できる可能性のある人も含まれているかもしれない。

退院直後は、ケアマネにケアプラン作りを任せるのではなく、まずはチームで回復可能性のアセスメントをきちんと行うことが重要である。本人に回復の意欲があるのであれば、そのための 2 週間、1 ヶ月の特別な回復支援プログラムを在宅医・訪問看護師・ケアマネ・専門多職種（薬剤師・管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士・リハビリ専門職など）とともに構築する。退院直後は移行期・回復期として認識し、安定期・慢性期とは異なるスタンスでケアプラン立案、ケアチーム構築を意識することが重要であると考ええる。

【参考文献】

- 1) Isaac B, Adam S et al. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. BMJ. 2016;356:j84.

- 2) 恩田光子 ほか：在宅患者における薬物治療に伴う副作用—全国調査からの考察—。薬剤疫学 2016 ; 21(1) : 1-11.
- 3) 全国老人保健施設協会：介護老人保健施設における薬物治療の在り方に関する調査研究事業 報告書。平成 28 年 3 月。
- 4) 日本慢性期医療協会：療養病床における薬剤使用に関するアンケート集計結果まとめ。第 3 回高齢者医薬品適正使用検討会。平成 29 年 7 月 14 日。
- 5) Tsuyoshi Hayashi et al. Multivariate and Bayesian Network Analyses of the Factors Causing Belief Conflicts That Deteriorate Teamwork and Cause Stress among Pharmacists during Proposals and Inquiries of Prescription. 薬学雑誌 2020 Vol.140, No.9 1151-1164
- 6) 高齢者施設の服薬簡素化提言 第 1 版 2024 年 5 月 一般社団法人 日本老年薬学会
- 7) 令和元年 国民健康・栄養調査報告 The National Health and Nutrition Survey in Japan, 2019 厚生労働省令和 2 年 12 月
- 8) 榎裕美, 杉山みち子, 井澤幸子, 他：在宅療養要介護高齢者における栄養障害の要因分析 the KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) Study より。日本老年医学会雑誌 2014; 51 (6) : 547-553.
- 9) 若林 秀隆 リハビリテーション栄養の視点で考える 誤嚥性肺炎予防 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 2020 年 第 29 巻 第 1 号 81-86
- 1 0) 佐々木 淳, 林 裕子／緊急入院させないための在宅リハビリテーション栄養／メディカル・アライアンス 2015 年 4 月号 (Vol.1No.1) 学研メディカル秀潤社
- 1 1) 日本経済新聞 2024 年 12 月 2 日「GE ヘルス・小型エコーで救急搬送 3 割減 在宅医療で診察完結」<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUC284HH0Y3A920C2000000/>
- 1 2) Anthony Hecimovic, Vesna Matijasevic & Steven A. Frost. Characteristics and outcomes of patients receiving Hospital at Home Services in the South-West of Sydney. BMC Health Services Research volume 20, Article number: 1090 (2020)
- 1 3) 患者さまが亡くなる前に利用した医療や療養生活に関する実態調査。国立研究開発法人国立がん研究センター（厚生労働省委託事業）2022 年 3 月 25 日
- 1 4) 厚生労働省。e-Stat 政府統計の総合窓口，人口動態調査（2019）上巻第 5-21 表「死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数および百分率」。
- 1 5) Jun Hamano et al. Comparison of survival times of advanced cancer patients with palliative care at home and in hospital. PLOS ONE April 13, 2023
- 1 6) 指定訪問看護の提供に関する取扱方針について。厚生労働省保険局医療課 事務連絡 令和 6 年 10 月 22 日
- 1 7) 患者さまが亡くなる前に利用した医療や療養生活に関する実態調査。国立研究開発法人国立がん研究センター（厚生労働省委託事業）2022 年 3 月 25 日
- 1 8) Sarah J. Richardson. Hospitalisation without delirium is not associated with cognitive decline in a population-based sample of older people—results from a nested, longitudinal cohort study. Age and Ageing 2021; 1-7

- 19) Yoshie Inoue, et al. Factors in Avoidable Emergency Visits for Ambulatory Care-sensitive Conditions among Older Patients Receiving Home Care in Japan : A Retrospective Study. Intern Med 61:177-183, 2022
- 20) 訪問看護と介護 2021 年 7 月号 特集 退院直後の「2 週間」に欠かせない在宅ケア 早期からの介入で機能回復を目指す 医学書院 - 2021/7/1

Ⅱ．地域のゾーンディフェンス機能としての在宅医療

1．一馬力診療所はプロフェッショナル・オートノミーを 発揮できるか

牛込台さこむら内科
迫村 泰成

1．一馬力診療所の立ち位置、プロフェッショナル・オートノミーを発揮できるか

2024 年現在東京都の一次医療提供体制の中核を担っているのは一馬力診療所をはじめとする小規模な個人診療所である。わが国では 1960 年代の国民皆保険制度施行以来、民間の私企業である開業医が、地域住民のさまざまな健康問題に対し予防・診断・治療に対応してきた。いわゆるプライマリケア（一次医療）を担当する「かかりつけ医」として機能してきたわけである。かかりつけ医として住民に認知されるためには地域のニーズに応える必要がある。商店街で長く店を構え維持している鮮魚店、青果店などの小売業、理髪店、さらには行きつけの飲食店などには、地域住民の心をとらえる何かがある。医療機関もそれらと同様、筆者のイメージする良い「かかりつけ医」とは、地域住民のニーズに応えられる、あるいは応えようとする医師である。

歴史的に見れば、1970 年代より病院での高度医療が急速に発展していった。心血管病、悪性腫瘍、感染症など多くの疾患への検査・治療方法が確立されていった。日本経済の成長と相まって二次・三次医療ともいえる病院医療への信頼が増大し、健康問題があれば病院受診、入院、精査加療という流れが当たり前となった。人生最期の瞬間も 8 割以上の人々が病院で迎える。一次医療の主眼は、生活習慣病の管理や悪性腫瘍の早期発見になり、健康診断が普及した。周産期を含む医療の進歩や衛生状態の改善により平均寿命の伸びは著しく、世界有数の長寿国となった。現在では、出生数の減少とともに健康寿命以降の介護が必要となる虚弱高齢者が急増する時代へと突入している。少子高齢化社会の到来とともに、かかりつけ医には高齢者の健康寿命延伸に加え、虚弱化した高齢者に対する重症化予防、多職種と協力した生活支援、さらには在宅看取りなど、医療の枠だけでは解決しきれない重要なミッションが地域住民のニーズとして急速に浮上している。

厚労省では「かかりつけ医機能」の制度化に着手している。その背景には、2020 年から始まった COVID-19 感染症の急性期対応につき、一次医療を担うべき診療所（病院も同様であるが）の間に大きな温度差がみられたという冷厳な事実がある。流行初期から数年間、発熱外来、在宅待機者への健康観察、重症化のトリアージ、ワクチン接種など多彩な業務が発生し、感染対応に奔走した診療所には大きな負荷がかかった。

新宿区では 2020 年 2 月ダイヤモンドプリンセス号での感染発生に遅れること 1 ヶ月、 3

月には繁華街でクラスターが発生した。当院の外来にも発熱患者が来院するため、予防着・ゴーグルを着用して診療に当たった。筆者は循環器内科を専門としていたこともあり、生活習慣病を中心とする外来患者が多かったが、感染拡大とともに定期患者の通院間隔を延長し、発熱患者の受け入れをメインに対応せざるを得なくなった。一方でビル診など動線分離の困難な診療所では、院内感染を避けるために発熱外来への対応を躊躇せざるを得ないケースも多くあった。

流行初期は強毒性ウイルスか否か不明確であり、医療者への感染リスクや防御方法がきちんと示されなければ、発熱者への対応が診療所ごとに分かれるのは無理もない。しかし COVID-19 感染の動態や予防・診断・治療方法が明らかにされ、急速に患者数が増大したパンデミック期になってもなお「急性感染症対応」という地域ニーズに応えられない診療所が存在したことは大きな問題となった。

日医総研主席研究員 森井 大一氏によれば、国際的にみてコロナ対策が成功したとされるドイツでの原動力として、ハウスアルツトと呼ばれる、かかりつけ医の存在が挙げられている。その多くは日本と同じ民間の個人診療所である。ドイツでは、第1波である2020年春の流行の際、コロナ診療の85%を開業医、すなわち診療所が担った。また2020年2月から2022年3月までの3年間で見ても、コロナ診療の実に「20分の19」、つまり95%が診療所で行われた。コロナ感染に対して外来そして在宅医療での診療が中心となることにより、病院の救急外来の負担が軽減され、感染者の入院も低く抑えられ、延いては病院医療への負荷が軽減された。

森井氏は、ドイツのかかりつけ医が危機管理に献身的に対応した理由として、以下の3点を挙げている。

- (1) ドイツにはくまなくかかりつけ医が配置されており、ほとんどの国民は自分の住む地域の中で、信頼のおけるかかりつけ医を自分自身の意思によって平時から選択できる。
ドイツのかかりつけ医システムは、人頭制のような法律による強制ではなく、文化あるいは慣習として成立している。
- (2) 保険診療を行う開業医に対して、非常に厳しい応召義務が定められている。それに違反すると、公的保険の下での診療をする医師としての資格を失う可能性が発生する。原則的に、公的保険での診療を行う医師はすべて、コロナに対応する義務があったことになる。
- (3) 国から手厚い経済的保障があること。診療所の医師がコロナに感染して休業した場合、前年度を基準とした収入が保証される。平時には各診療所に課せられている受け取り診療報酬額の上限がコロナの診療に関しては撤廃され、コロナ診療をした分の報酬は無制限に支払われた。

地域の一次医療に従事するという役割を選択したドイツのかかりつけ医たちには、医

師としてのプロフェッショナル・オートノミー（職業的自律）が基礎にあり、それを支援する国からの保障制度が確保されていたことが、ドイツにおける一次医療がコロナ感染に対する地域の防波堤として機能した大きな理由といえる。

わが国においても、地域課題と捉え得る住民ニーズに対しては、通常診療の枠だけにとどまるのではなく、自ら業務上のハードルを少しだけ上げて課題解決に努力することが、かかりつけ医としてのプロフェッショナル・オートノミーではないかと考える。

最近、厚労省の議論の中でかかりつけ医機能を1号機能と2号機能に分けている点が注目される。1号機能は通常の外来診療で出会う common disease などへの対応であり、多くの開業医が日常診療の中で対応している。2号機能は拡張機能とも言えるべき機能であり、時間外対応などとともに「在宅医療の提供」はここに位置づけられる。加齢による虚弱が進行し、徐々にあるいは突然に外来通院が困難となる高齢者は多い。こうした地域ニーズに応える在宅医療は、かかりつけ医機能の拡張機能の一つということになる。

同じ地域でひとりの患者の診療を数年あるいは数十年にわたり継続することにより、その人の疾病情報だけに留まらず家族背景や性格・嗜好など多くの情報が蓄積される。かかりつけ医は、継続的な関わりの中でいわば当該患者に関する「専門医」と位置づけられるようになる。患者の旅路” patient journey” に伴走する中で様々なドラマが生まれ、その折々で経験を共有しつつ関係性を深めていく。最終的には看取りまで関わらせていただくことも稀ではない。この「診療の継続性」はかかりつけ医の特徴であり、在宅医療における最大の財産となる。

一次医療の主な担い手である小規模な個人診療所は、かかりつけ医としての誇りを持って、近隣の高齢者・家族のニーズに応えるプロフェッショナル・オートノミーをぜひ発揮したい。多くの診療所医師がそうした意識を持つことで、面として地域包括ケアを強化することにつながる。

2. かかりつけ医がかかりつけ医機能のひとつである在宅医療を果たせるのか？

～都市部での一次医療提供機関としての24時間対応に対する責任の持ち方

このサブタイトルはやや逆説的な表現であるが、厚労省が検討する「かかりつけ医機能」とは必ずしも一人の医師だけが果たすという意味ではない。1号機能、2号機能をカバーするのであれば複数の医師によるグループ診療でも構わないとされる。

地方の過疎地では、在宅医療の担い手となる個人開業医が高齢化し減少傾向にある。2号機能を維持するためには病院医師や大規模在宅医療専門診療所からの支援がどうしても必要になる。それぞれの地域ごとに最適の形を模索することこそが、地域包括ケアシステムである。

翻って医師数・医療機関数の多い都市部ではどうであろうか。

医師の供給過剰な地域は新規開業が徐々に難しくなりつつある。開業する動機としてその地域に愛着があるというよりは、経済性や利便性などが優先される。都市部の診療所では、医師の職場と居住地が必ずしも同じエリアにあるとは限らない。むしろ離れた自宅から電車などの交通手段で通勤する医師の方が多いのではなかろうか。

行政区分単位あるいは医師会単位の地域区分はあるが、東京都は広大で切れ目がなく、自分の担うべき地域住民のエリアは漠然としている。地域住民の健康を守るといっても、肝心の「地域」が曖昧で見えにくい。こうした環境の下で、どの範囲の地域住民をどのぐらいの責任感を持って守っていけばよいのか。地域には複数の医療機関があり、自院に来なくても、近隣の他院を受診しているかもしれない。医師過剰地域がゆえの弊害として「誰かがやってくれるから自分は関わらなくてもいい」という他者依存（受け身）の意識が生じやすい。コロナ禍の中で露呈された、かかりつけ医の精神に宿るべきプロフェッショナル・オートノミーの希薄さが都市部における医療者の課題とも言える。

一方で住民側の課題もある。1ヵ所の病院と複数の開業医で構成される地方のシンプルな医療連携モデルと異なり、近隣に複数の大病院や中小規模病院に加え多くの診療所が立ち並ぶ都市部では、住民には皆保険に守られた多くの医療機関へのフリーアクセスが保証されている。住民の中には自らの欲する診断にたどり着くまで複数の医療機関を渡り歩くいわゆるドクターショッピングを行うケースもある。難治性疾患など一つの医療機関では解決がつかない場合は、複数の医師の診療を受けざるを得ないケースもある。複数医師の診療を受けること自体は悪いことではないが、担当医と患者がよく話し合っただけの医師へ情報共有し、しっかりと橋渡しをするべきである。地域住民のニーズに応えるのはかかりつけ医の役割であるが、過剰なニーズに対して医療資源は有限であることを伝え、ヘルスリテラシーを適正化する意味で調整弁となる役割も重要である。

さて、本題である「かかりつけ医がかかりつけ医機能のひとつである在宅医療を果たせるのか？」について考えたい。

東京都医師会が平成30年9月に実施した「東京都内全医療機関の在宅医療機能に関する調査」において約7割の医師が訪問診療を行う意思がないと答えた。大きな理由としては「24時間対応することができない」という点である。外来診療に加え健康診断、予防接種など開業医には多くの業務があるために、さらに負荷のかかる在宅医療に当てる時間的、身体的、精神的余裕はないという医師の気持ちも良く理解できる。多くの開業医は、病院専門医として当直やオンコールに従事した経験を有している。筆者自身も循環器内科医として夜間の緊急カテーテル治療などに従事し、当直明けの外来業務を40代前半までこなしてきた。「開業してようやく手に入れた安定した勤務時間なのに、今更夜間や休日対応を強いられる生活に戻るのには御免だ、そうした仕事は病院の若手勤務医師に任せておけばよい」そう考えるのも無理はない。医師の勤務時間の長さは他の職種と比較しても突出しており、過労死ラインを大きく超えることは良く知られている。昨今の「働き方改革」は医師の生活を守るためにも重要である。

一方で地域住民の健康を24時間見守る、すなわち一次医療機関として今回の諮問の命題を果たすための医療資源はどう確保すれば良いのであろうか？

答えとしては、在宅療養支援診療所として他の在宅医療専門診療所や訪問看護、後方病院などと連携して24時間の対応をすれば良い。すなわち、タスクシェアの発想がすでに在宅療養支援診療所制度の基本にある。

タスクシェアがしっかりと機能するためには、所属の異なるもの同士が診療の質を担保す

るために情報共有の方法を確立しておく必要がある。当院では、迅速に情報共有するために医療系 SNS を用いるよう心掛けています。ICT 連携ツールを用いることで、患者を 1 人で診るのではなくチームとして診る意識が醸成される。各地域で医師会主導の ICT 連携システムが立ち上がっているが、今後ますます汎用されることで質の高い在宅医療が提供される。ICT 連携とタスクシェアによる個人への負荷軽減が、今後の一馬力診療所が行う在宅医療を支える基盤となる。

2021 年春より始まった新型コロナウイルス感染症の流行は、外来医療、在宅医療、病院医療、介護体制すべてに大きな影響を与えた。外来診療メインの一人診療所は、通常の外來診療をある程度縮小しつつ、発熱外来対応、健康観察、ワクチン接種、訪問診療など多岐に渡る医療展開が必要であった。これらの業務を背負いながら、新規のコロナ陽性者への往診対応はマンパワー的に厳しいものがあつた。

2021 年夏、第 5 波の時期、新宿区では 18 ヲ所の訪問看護ステーションが電話での健康観察に奮闘した。さらに自宅療養者への訪問や新たに設置された入院待機施設への派遣などを通じて、訪問看護師たちは感染者への 24 時間対応に尽力した。また、感染自体は軽症であっても、認知症のある要介護者が陽性になると医療介護が入れず生活支援が困難になった場合に、訪問看護による迅速な健康管理と生活支援が行われた。現在、約 9 割の訪問看護ステーションが 24 時間対応を実施する届出をしている。機能強化型訪問看護ステーションにも様々な規模があり、実際に協働可能であるかどうかは組んでみて判断する必要がある。とりわけ一人診療所にとっては、24 時間対応の実力ある訪問看護ステーションとの協働が不可欠である。正確な医療情報が得られれば、実際に医師が往診せねばならない場面はそれほど多くない。訪問看護ステーションとの ICT を含めた連携強化の精度を更に高めることが大切である。近年の高齢多死社会を見据え、都市部においては D to P with N（看護師が患者の自宅に訪問し医師とデジタルデバイスを用いた通信による診療）の利用が増加することが予想される。

とはいっても第 5 波では、若年者でも中等症以上の肺炎を発症し自宅で酸素化不良となる事例が続出した。新宿区では 3 ヲ所のマンパワーを有する在宅医療専門診療所が保健所と協力し、重症化リスクのある患者への医師往診対応を行うシステムを立ち上げた。特に医療が脆弱となる時間帯（夜間や休日年末年始など）には、医療連携の必要性が高まる。自分一人では責任を果たせない時間帯をカバーする在宅医療専門診療所や訪問看護によるタスクシェアは、これからの高齢者への在宅医療の継続性において必須となる。

コロナが問い直した地域包括ケアシステムの底上げを目的として、令和 5 年度に東京都在宅医療推進強化事業が立ち上げられ、新宿区医師会も参加することになった。在宅医療現場におけるデジタル化を推進する試みとして、会員医療機関や連携する訪問看護、介護事業者などに対し連携タブレットを医師会から貸与し、かかりつけ医や関係者によるテレケア（遠隔支援）を行っている。通常は貸与機関（かかりつけ医等）が自身の患者・家族に対し遠隔支援を行うわけであるが、夜間や休日など対応できないときに新宿区医師会が委託する見守りサポート医療機関（在宅医療専門診療所）がかかりつけ医に代わって遠隔支援を代行する。連携タブレットには FaceTime を用いたテレビ通話機能、Medical Care STATION・バイタルリンクなどの ICT 連携ツールが搭載され、相互的なコミュニケーションの中で、必要時には見

守りサポート医療機関からの往診も実施する予定である。このほかにも介護事業所や訪問看護ステーションに連携タブレットを設置し、利用者の医療的問題点につきコンサルタントを受けるといったようなフレキシブルな運用が可能である。本事業は、タブレット端末で完結するシンプルなシステムであり、ワンクリックで相手と接続できるため、ICT連携のスキルが高くない医師にも使いやすい設計となっている。今後、タブレットを配布する医療機関を増やし、有効事例の経験を積み重ねていきたい。

3. 一次医療機関の外来診療からみえる、在宅医療がカバーすべき4つの虚弱高齢患者類型について

外来通院している患者は年を重ねるといずれ通院困難となる。多疾患を有する高齢者には医療と介護両方が必要である。当院で訪問診療の対象となるほとんどは、そういった外来通院できなくなった患者である。当院の周囲、自転車で回れる半径1kmほどの範囲に通院困難な高齢者（すなわち医療にアクセスできない医療難民）が数多くいる。当初、昼休みを利用して週に数名程度であったが、訪問患者が20名を超えると昼休みだけでは間に合わなくなり、毎週水曜午後の外来診療を取り止め訪問診療に当てることにした。現在、常時20～30名程度の在宅患者を診療している。外来診療をメインとする一馬力診療所では、訪問診療の対象となる患者に対するアンテナを高く維持しておかねばならない。外来患者を見回すと4つの類型に分けられる。

（1）在宅医としてすでに医療を提供している虚弱高齢患者

外来に通院していた患者が、加齢により徐々にあるいは肺炎や骨折での入院を契機に、一気にフレイルが進行し在宅医療へと移行する。病院や地域包括支援センターから新規に依頼されるケースもある。この類型の患者に対してはあらかじめ病態や社会背景が把握されており、療養計画や医療介護連携を含むタスクシェアをスムーズに行いやすい。その患者の疾患や生活背景を熟知する地域のかかりつけ医としては、なるべく外来からの継続する形で訪問診療に対応していきたい。

（2）外来医として医療を提供するが在宅医療までは至らない虚弱高齢者

フレイルがある程度進行し介助を受けながらも通院は何とか可能であり、在宅医療導入にはまだ少し早い患者が外来には必ず存在する。介護保険を用い必要に応じて訪問看護などなるべく導入するよう勧めて行くが、サービスにつながらない場合もある。こうした患者に対し、かかりつけ医として24時間対応を全例に行うことは一馬力診療所としては荷が重いところである。新宿区では在宅医療専門診療所と個別の診療所が契約し、夜間や休日の往診対応を担うサービスを運用してきた。あらかじめ外来で説明し文書にて患者の同意を得て在宅医療専門診療所に診療情報を伝え、急性増悪時や不安・パニック症状出現時などに電話対応、必要に応じ往診対応を行う。実際に往診対応まで必要となることは少ないが、患者家族・一馬力診療所双方にとって安心を与えるシステムである。

（３）かかりつけ医がなく在宅医療につながらない虚弱高齢患者

外来診療の中ですべての患者が在宅医療につながっていくわけではない。なるべく声掛けして再診を促しても、いつの間にか外来からドロップアウトし姿を見せなくなる人もいる。更に言えば、医療あるいは介護に結びついていない多くの虚弱高齢者や精神疾患を有する人々が地域には数多くいる。認知症初期支援チーム会議や地域ケア会議で話題になる困難事例の多くはそうした患者である。また、このグループの患者はしばしば独居であり、支援が入らないと社会的に孤立する。最悪の場合、孤立死することもあり、毎年 1,2 名の患者につき、警察署刑事課から当院に医療情報に関する問い合わせが入ることがある。一馬力診療所としては、診察予約日に来院されなくなった患者をリストアップし、必要に応じて電話確認をしたり地域包括支援センターに情報が入っていないか尋ねるというフォローアップは可能である。個人情報保護の壁はあるが、孤立しがちな住民を丁寧に拾い上げ、必要に応じて医療、介護につなげていく努力が求められる。

「医療につながらない高齢者の主治医機能をだれがどう担うのか」

この患者類型には、地域包括支援センターのような行政と地域の医療機関が協力して担う必要がある。地域に居住するすべての虚弱高齢者が把握されることが理想であるが、現実には難しい。感染症や転倒、心不全などで急性増悪する時期が来て初めて医療につながるケースが多い。一馬力診療所では担いきれない部分であり、地域全体で面として対応策を練る必要がある。広域で活動する大規模在宅医療専門診療所と連携し、新型コロナ流行時に構築されたオンライン診療システムや緊急往診システムの構築が期待される領域である。

（４）高齢者向け住まいに居住する虚弱高齢者

2000 年に介護保険制度が発足し医療保険制度と並行して運用されることになり、医療と介護が概念として明確に区分された。医療の必要な状態は病院にて医療保険による療養、介護が必要な場合は介護保険を利用する。したがって、介護施設に入所した高齢者が急性増悪し医療が必要となった場合は、原則として病院に入院する方向で制度設計がなされた。

ところが、新型コロナ感染の急激な拡大は、入院できず介護施設で医療対応せざるを得ない要介護高齢者を数多く生み出した。自宅での療養では医療と介護の両者を適切なバランスで導入しフレキシブルに関わることが可能であるのに対し、施設類型により医療の提供主体や費用負担が異なる介護施設では様々な制約がみられた。

「居住型介護施設では、だれがどのように急性期の医療提供をするのか」

生活が重要視される介護施設において過剰な濃厚医療は不要であるが、どの介護施設に居住していても急性増悪時に必要な医療提供は受けられるべきである。医療・介護保険制度間の連携や医療経済を含めた多角的な視点が必要であり、検討すべき課題である。

4. 少子高齢化社会を見据えたかかりつけ医のミッション

～地域のゾーンディフェンス機能～

2021 年夏、コロナ第 5 波の極期にみられた悪夢、救急を要する患者が救急車を呼んでも来ない、受け入れる病院がない。「救急難民」が多数生じたことは記憶に深く刻まれている。コ

コロナ禍は、高齢社会が極期を迎えた東京都の近未来像を先取りした。2040 年問題に包含される高齢者救急搬送ニーズの増大は避けられない現実である。

東京都の救急搬送は年々増加の一途をたどり、常時ひっ迫した状況が続いている。搬送される 6 割以上は 65 歳以上の高齢者である。また一方で、不安を抱えた高齢者が些細な訴えで救急車を呼んでしまうという現実もある。実際、救急搬送された高齢者の半数以上は軽症というデータもある。本来、搬送すべき重症者への救急車到着を遅らせる要因となっている。また病院の救急医療への負荷がかかるため、不要な搬送は極力避けるべきである。

「いかに軽症者搬送を減らし、中等症・重症患者だけを搬送できるようにするか」

かかりつけ医にも、病院前医療への貢献（入口対策）が求められている。かかりつけ医の外来には、いつ救急医療が必要になるかもしれない虚弱高齢者がなんとか通院している。これまでは急に具合が悪くなったら、救急車を呼びなさい、という指示で済ませていたが、2040 年問題を見据えもう一步踏み込んだ対応が必要となる。地域の医師として多職種と協働して患者を生活者として支える底力が求められる。

かかりつけ医としてできる対応方法はいくつかある。少なくとも自分が受け持つ外来患者に対し、外来診療だけで対応が完結するという意識を捨て、時間外の電話相談まで受けることを意識づける。例えば、時間外・休日はクリニックの留守電に自身の携帯電話番号を案内し、ファーストコールを受けられるようにしておく（当院では開業以来実践しているが、実際にコールが来るのは月に数件程度であり、ほとんど電話対応ですむ事案である）。外来で虚弱が進行したときに、早急に医療介護の環境整備をしておく。救急搬送になる手前で薬剤調整などを行い、なるべく状態を安定化させる。状態が悪くなったときは救急車を呼ぶ前に本人・家族と電話相談によるトリアージを行う。往診が必要となり自身に対応できないときは、対応可能な医療機関につなぐ。入院前医療をそれぞれの地域でどう展開するか、問われている。もちろん、救急搬送となったときには、搬送先の病院名を聞き、当座の情報提供を行うとともに、退院時に在宅医療導入となったときには自院で対応可能であることを伝える。

これらの対応は、在宅医療専門診療所においてはすでに実践されていることである。在宅患者だけでなく外来患者にまで拡大することで、かかりつけ医が担う地域のゾーンディフェンス機能の強化となる。もちろん、外来の虚弱高齢患者に対応するからには時間外の業務が発生することになり、診療のハードルは上がる。その労力に見合う診療報酬上の対価も必要である。

入院した虚弱高齢者は、身体機能・認知機能が低下しやすい（入院関連機能障害）ことが良く知られている。安定していた時期の生活状況を知る在宅主治医と、急性増悪した状況しか知らない病院主治医の間に、大きな認識のギャップが生まれることは止むを得ない。入院すると摂食嚥下機能や運動機能が急速に低下し、この状況ではとても自宅には帰れないと病院主治医に判断され施設へ移されるケースは多い。病院医療と在宅医療のギャップを埋めるためには、1 枚の診療情報提供書のやり取りだけでは不十分である。入院時あるいは入院中でも在宅主治医と病院主治医が、双方向で緊密に相談できるシステムが求められる（2 人主治医制の徹底）。病院主治医と連携を取り、自宅退院の場合は受け入れが可能であることを伝えておく。退院前カンファレンスには極力参加し、退院直後の 2 週間程度は多職種メンバーとし

っかり連携を取って、低下した機能回復を支援する。これらは病院後の医療への貢献（出口対策）と位置づけることができる。

2040 年に向かいますます多死社会が進行する。すべての高齢者を病院医療の中で看取することは現実的ではない。在宅で看取られたいと希望する高齢者は多いが、それがかなわず実際は病院で亡くなっている。ひとりの患者と長期間関わることのできる一馬力診療所の医師にとって、人生の伴走者という役割は、臨床経験の発揮できる最も適切な任務である。その人の性格、社会的立場や家族背景、住環境などに精通し、治癒できない慢性多疾患をコントロールする医学的アプローチを基本としつつ、対話をもとに多職種と協働しながらケアの部分を拡大していく。終末期に近づいた時に在宅で慌てないで済むよう、折に触れて会話の中で心に添った Advance Care Planning を確認し、多職種で共有していく。自然に穏やかに終着点を迎えたときに、家族や関わった医療介護スタッフに深い満足感（納得感）が生まれる。多死社会を迎えるにあたり、在宅での看取りのニーズは急増する。在宅看取りという重要なミッションに対し、多くのかかりつけ医の参加が望まれる。

- 1) 森井 大一：日本医師会総合政策研究機構ワーキングペーパーNo.478、2023.11.6
- 2) 森井 大一：かかりつけ医機能と感染症有事 ドイツの「開業医」のコロナ対応 p46
勁草書房

2. 都心区のかかりつけ医からみた地域医療提供体制の特性と課題

芝浦アイランド内科クリニック
安田 淳

＜今後への提言＞

- ①世代別による一次医療提供体制の移行：リタイア世代になったら居住地域かかりつけ医登録制への移行
- ②包括的に地域を診る医療機関とそれ以外の専門的医療機能提供機関の機能分化：かかりつけ患者登録医療機関での登録患者包括払い制度と非登録患者の受診抑制策
- ③今後増えると予想される都心区在勤患者の居住地域への帰り方支援

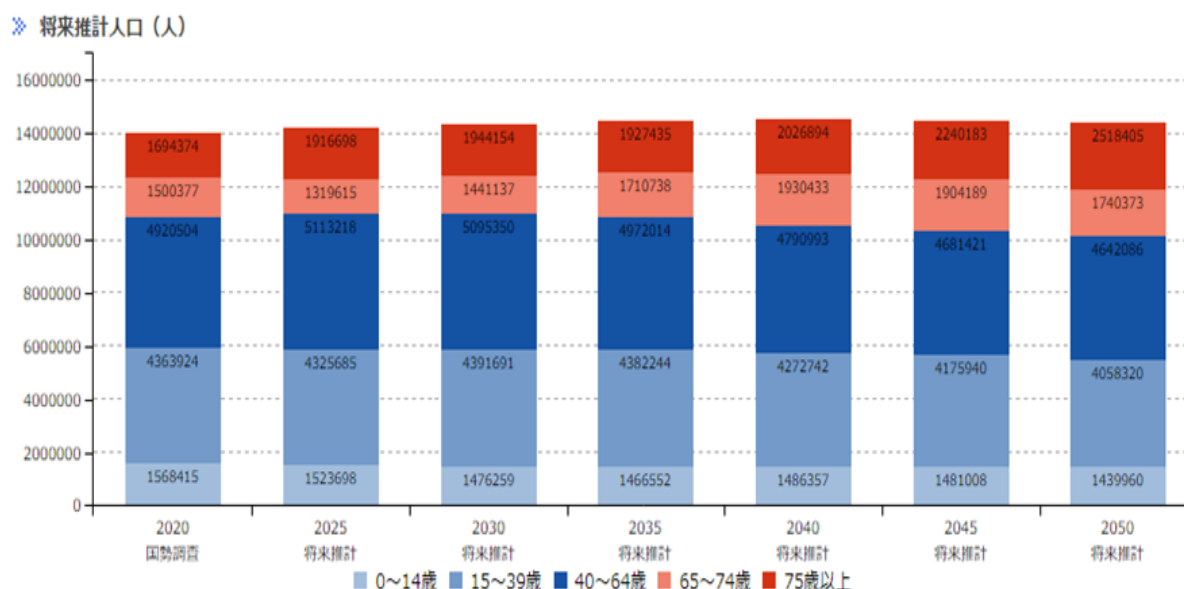
1. はじめに

我が国は 2025 年より 2040 年にかけて、世界的にも類を見ない超少子高齢化を迎えることが想定されており、特に人口密集地域である東京都において急速に地域の高齢化を迎えることから、医療需給バランスの破綻・医療崩壊の可能性が懸念されている。このことから、東京都、特に都心区におけるかかりつけ医機能の特性とその課題について検討してみたい。

（1）東京都と港区における人口動態の動向

東京都における将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所 2023 年 12 月推計）は、2025 年の総人口 1,420 万人、65 歳以上人口（以下高齢者人口）323 万人（22.8%）、75 歳以上人口（以下後期高齢者人口）192 万人（13.5%）である。その後、総人口は 2040 年の 1,451 万人をピークに減少に転じるが、高齢者人口は 2040 年以降も増加を続け、2050 年の推計値では高齢者人口 426 万人（29.6%）、後期高齢者人口 252 万人（17.5%）に達すると推計されている（図 1）。

図 1 東京都における将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所 2023 年 12 月推計）



東京都区中央部（千代田区・中央区・港区・文京区・台東区）においては、2040 年以降も総人口及び高齢者人口ともに増加し続けると予測されている。なお、筆者の医療機関が所在する港区においても、同様の人口動態予測がなされている。

（２）ライフサイクルと医療受診動向と地域特性

一般的にヒトの生涯の過程において、幼少期では急性期感染症を中心として暮らしの場に近しい医療機関への受診の機会が多いが、青年期ではその機会も減る。壮年期となれば生活習慣病を中心とした定期受診の機会が増えるが、経済活動と一致してこの世代は活動力も行動範囲も広く、特に東京都のような交通利便性の高い地域ほど、暮らしの場での受療行動とはならない。老年期となっても元気で活動的な期間は遠方の通い慣れた医療機関への継続通院も可能かもしれないが、要介護状態となればそれも難しくなる。

（３）現在の都心区、特に港区における医療介護提供体制と在宅療養環境

2023 年 12 月における港区の一般診療所の合計は 835 カ所（うち内科系診療所は 529 カ所）で、これは人口 10 万対では 320.55 で全国平均 72.68 の 4.41 倍（港区内科系診療所は 4.38 倍）に相当する（図 2）。

図 2 港区の一般診療所・在宅療養支援診療所数と全国比較（国立社会保障・人口問題研究所 2023 年 12 月推計）

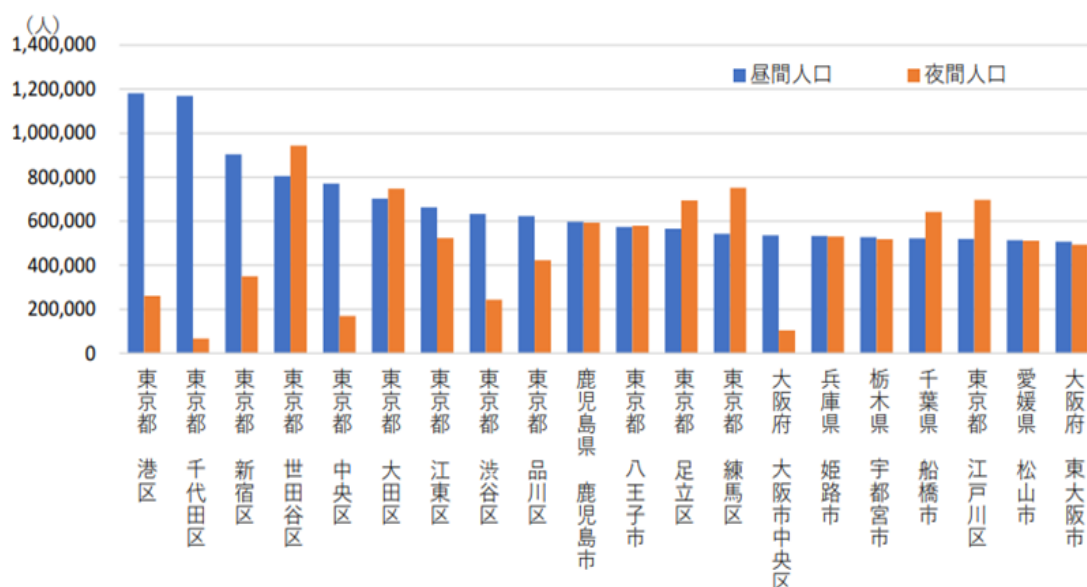


港区の内科系診療所をはじめとする一般診療所数は全国と比べて大変に多い状況であるが、港区の在宅療養支援診療所数は 52 カ所（人口 10 万対 19.96）であり、全国平均（人口 10 万対 12.04）の 1.66 倍にすぎない（図 2）。

港区は東京都の南東部に位置し、東西南北に鉄道が走り大きな駅が点在しており、非常に交通アクセスの利便性が高い地域である。また、大手企業の本社機能も港区内に多く、大使

館やホテルなどの宿泊施設も全国 1 位である。このため、住民登録がある人以外にも、在勤・在学のために毎日通ってくる人、観光や文化的な活動のために訪れる人など、さまざまな目的を持って多くの人が区内に滞在しており、昼間人口は 118 万人と推計されている（図 3）。港区の住民登録者数は約 26 万人なので、日中はその 4 倍以上の数の人々が滞在していることになり（図 3）、これは先に述べた一般診療所の数が約 4 倍であることと一致する。またさらに在宅療養支援診療所の場合には、その機能上、その主なかかりつけ患者は在勤者ではなく訪問診療を必要とするような在住者であると想定される。このことも港区の在宅療養支援診療所数が全国平均と似通った数であることは、とても理解できる数値である。

図 3 昼間人口及び夜間人口ー昼間人口上位 20 市区町村 2020 年（令和 2 年国勢調査、総務省統計局）



このように港区の昼間人口と診療所数が多いことは、偶然に一致しているとは考えにくく、住民のみならず昼間の在勤者の医療ニーズに呼応して診療所数も増加していると推察できる。在勤者の多くは青年期～壮年期の現役世代であり、包括的な医療介護サービスよりも個人の持病に特化した専門的または産業医的な保健医療サービスを必要としている。昼間人口と診療所数が同様に 4 倍程度多いという数字を判断材料として扱えば、港区内医療機能の 3/4 は在勤者等の現役世代を対象とした産業医的な保健医療機能・専門的医療サービス機能であり、残りの 1/4 は要介護高齢者を包括的に診るような地域密着型のかかりつけ医機能ではないかと推察される。そして実際には、在宅医療専門診療所や大企業内専従産業医・健診センターなどの機能を特化した一部の医療機関を除くと、それぞれの個々の診療所の中で包括的な部分と専門医的な部分を地域のニーズに合わせてバランスを変化させながら提供していると思われる。患者側からすれば専門的医療から在宅療養相談までワンストップ・フリーアクセスで受けることができるので利便性が高いが、医療サービス提供者からすると、あまり効率的とはいえない状態ではないかと考える。

2. 2040 年を見据えた一次医療提供体制のあり方

これから東京都が迎えるとされている超高齢化社会では、加齢に伴う慢性疾患の増加とそれらの急性増悪による救急医療の逼迫とそれによる医療崩壊が懸念されている。我々がこの4年間で新型コロナウイルス感染症のパンデミックによる医療崩壊を経験し、急激な医療需給バランスが崩れたときにこそ、かかりつけ医が機能することの重要性が再確認された。

2040 年に向けたかかりつけ医としての在宅医療の必要性や重要性については、当委員会では日本を代表する在宅医療に長けた先生方が多数在籍しておられるので、在宅医療に関する提言は他の委員にお任せし、筆者からの提言は都心区という地域特性についての提言と問題提起とさせて頂きたい。

3. 都心区における課題と提言

課題① ライフステージにより、かかりつけ医に求められる機能が異なる

提言① 世代別（もしくは状態別）による一次医療提供体制の移行：現役世代までは従来通りの一次医療提供体制の継続が理想だが、それ以降のリタイア世代は地域のかかりつけ医登録制が望ましい

幼少期から老年期までの各ステージにおいては、かかりつけ医に求められる機能は異なる。今回は 2040 年問題を想定した議論なので、必然的に老年期における一次医療提供体制についての議論が中心となるが、前述のように幼少期から壮年期までのステージであってもかかりつけ医を持つことは望ましい。しかし東京のような交通利便性の良い地域では、かかりつけ医は住民登録地域の医療機関に限定することは患者利便性を大きく損ない、患者固有の疾患専門性での受診動向に制限が生じる可能性が考えられる。活動的に広域に一人で移動できるライフステージまではこれまで通りの一次医療提供体制が、我が国の保健福祉制度の歴史的背景や文化的にも理想的ではないかと思う。しかし、退職し広域を移動する必要のない世代では、より包括的に健康管理するかかりつけ医の存在が、人生の最終段階に差し掛かった時に有益となる。どの世代から移行するのかは議論の余地があるが、少なくとも要介護認定以上の住民は地域のかかりつけ医機能の整った医療機関への登録制とし、登録をしたかかりつけ医が地域の多職種と連携をしながら、責任を持って包括的な管理を行えば不要な救急受診の抑制につながるのではないかと推察する。

欧州のコロナ感染症対策における事例として、ドイツの地域住民とかかりつけ医の信頼関係がコロナパンニック下での医療崩壊を防いだと言われている。この「信頼関係」というものは一朝一夕に築き上げることは出来ない。従って、本来であれば要介護状態となる数年以上前から、理想的にはリタイアし地域に帰った直後から、定期的な顔の見える世帯ぐるみの付き合いがあることが理想的であり、可能な限り早期からの住民登録地域での登録医制に移行できる体制とすべきである。

課題② 包括的に地域を診る医療機関とそれ以外の専門的医療機能提供機関の分別化

提言② かかりつけ患者登録医療機関での登録患者包括払い制度と非登録患者の受診抑制策

このような包括的に地域を診る医療機関には在宅医療機能が必須となるが、都心区の医療機関では従事している医師や医療スタッフも遠方からの通勤者が多い。実際に筆者調べでは、港区医師会会員 617 名に対して、港区在住の医師会会員は 240 名（38.9%）であった。コ・メディカルスタッフについてはさらに遠方からの通勤者が多いと想定され、都心区では既存の一般診療所に在宅医療の 24 時間管理体制を実装し機能を再構築することが難しい。

港区の在宅医療については、今後 2050 年までに医療需要が 1.41 倍にまで増加すると推測されているが、2023 年の時点でもすでに全国の 1.66 倍の在宅療養支援診療所が存在し、比較的潤沢な医療資源を有している。2040 年に向け包括的医療需要の増加に対応するためには、在宅医療機関数を増やすよりも現状の医療資源の機能分化を進め効率性を高める方が効果的ではないかと思われる。

これら包括的在宅医療機関の主たる業務内容は、いわば居宅や高齢者施設を療養病床と見立てて管理することと同義になることが想定される。ところが現状では、地域医療に積極的な医療機関ほど、一般の初診発熱外来から健康診断や学校医業務、産業医業務など多方面にわたり、地域の最前線において少人数スタッフで頑張っておられる先生方が多く、さらに大きな負担となってしまうことが予想される。よって病院群の機能分化と同様に、包括的医療支援を行う診療所と専門的医療を行う医療機関の機能分化を推進することを提言する。

このような包括的医療支援機能を持つ診療所については、地域医療支援病院や特定機能病院と同様の考え方で、医療機関経営の安定性を担保するための登録患者包括払い制度の導入と、物理的な診療負荷軽減のための紹介状なしの初診受診制限および紹介状のない初診患者への選定療養費の徴収などを課すことが提案される。そして、在宅医療等包括管理の必要性がない現役世代においては、これまで通りの専門的な診療所での医療的管理が継続されることが、包括医・専門医・全世代の患者の三者にとって望ましいのではないかとと思われる。

なお包括的支援医療機関の選定にあたっては、地域の高齢者の実情などを把握している地域包括支援センターとの連携関係の良好な医療機関が望ましい。またその施設認定は手上げ式とはせず、病床数規制と同じように地域あたりの包括的医療機関数を設定し、地域包括支援センターや行政からの指定医療機関とすべきであろう。

課題③ 交通アクセスの利便さが仇となった医療圏の想定を超えた受療行動と 2040 年問題

提言③ 今後増えると予想される都心区在勤患者の居住地域への帰り方支援

現在港区では、全国平均の 4 倍の医療機関数で住民登録人数の 4 倍の昼間人口へ対応していると述べたが、2040 年に近づくに従い、いずれは都心区へ通勤していた患者も定年退職し居住地域へ帰る。都心 3 区（千代田区・中央区・港区）の合計昼間人口は、2030 年の 254 万人をピークに徐々に減少し、2040 年には 244 万人まで約 10 万人減少すると予測されている（表 1）。この間の同地区の常住人口は 60 万人から 63 万人に増加している（表 2）ので、実質 13 万程度の在勤者が 10 年間で地域に帰ることになる。都心 3 区だけでなく新宿区・渋谷区など昼夜人口の差が大きな区があるため、この帰る人数はさらに多くなる。このため、都心区へ通勤受診していた患者が地域に帰ることにより、郊外での包括的かかりつけ医の需要

が急増することが予想される。ベッドタウンでの包括的かかりつけ医の育成・拡充策、多職種連携の強力な推進、包括医負担軽減のためのタスクシフト等の施策が急務である。

表 1 都心部の昼間人口の推移予測（令和 2 年国勢調査・総務省統計局）

		(単位 人)				
地 域	平成27年 * (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和17年 (2035)	令和22年 (2040)
区 部	12,033,592	12,501,467	12,664,736	12,650,340	12,477,818	12,212,583
環状7号線の内側の区域	5,866,040	6,091,582	6,195,317	6,202,801	6,116,197	5,979,587
都心3区	2,402,456	2,487,894	2,533,190	2,541,250	2,500,718	2,439,604
千代田区	853,068	875,878	884,644	881,927	860,002	832,680
中央区	608,603	638,409	650,026	653,164	645,910	633,118
港区	940,785	973,607	998,520	1,006,159	994,806	973,806
環状7号線の内側の区域以外	6,167,552	6,409,885	6,469,419	6,447,539	6,361,621	6,232,996

注) 平成27(2015)年値は、国勢調査の結果に基づき集計した値である。

表 2 都心部の常住人口の推移予測（令和 2 年国勢調査・総務省統計局）

		(単位 人)				
地 域	平成27年 * (2015)	令和2年 (2020)	令和7年 (2025)	令和12年 (2030)	令和17年 (2035)	令和22年 (2040)
区 部	9,272,740	9,747,907	9,949,591	9,992,282	9,909,397	9,742,165
環状7号線の内側の区域	2,676,576	2,875,681	3,008,254	3,070,416	3,074,710	3,041,337
都心3区	442,872	506,372	565,895	605,508	625,514	631,800
千代田区	58,406	67,601	78,415	85,692	89,323	91,366
中央区	141,183	172,183	189,732	202,599	209,678	212,157
港区	243,283	266,588	297,748	317,217	326,513	328,277
環状7号線の内側の区域以外	6,596,164	6,872,226	6,941,337	6,921,866	6,834,687	6,700,828

注) 平成27(2015)年値は、国勢調査の結果に基づき集計した値である。

この際の都心区の産業医的かかりつけ医は、患者居住地域の包括的かかりつけ医へ円滑に療養を橋渡しする必要がある。定年後もかつての勤務先近くの医療機関まで定期通院する患者が多くいると聞くが、いつの時点で地域に帰るのか悩ましい問題であり、居住地でのかかりつけ医を持つための明確な指針と円滑な支援策が望まれる。一案として、その橋渡し役を地域包括支援センターが担うのであれば、円滑に療養が移行できるのではないかと期待している。

4. おわりに

本提言は、東京都における急速な高齢化に対応するため、都心区の医療体制の変革の必要性を示すものである。特に、地域特性に応じたかかりつけ医の役割強化と医療資源の効率的な機能分化が求められる。2040 年問題を見据え、ライフステージに応じた医療提供体制の移行と、在勤者の地域医療への円滑な移行支援が必要であり、これにより持続可能な医療体制の構築が可能となる。

3. 東京都在宅医療推進強化事業（24 時間診療体制推進）を 踏まえ、地域の 24 時間体制をどう構築するか ～世田谷区での実践～

世田谷ホームケアクリニック
太田 雅也

＜今後への提言＞

- ①コロナ禍の医療問題は、高齢者人口がピークを迎える 2040 年以降の医療環境に類似する点がある。
- ②東京都在宅医療推進強化事業へ参画・システムを構築することは、かかりつけ医機能の強化・支援に繋がる。また、有事の際にはこれらのシステムは有効と考える。
- ③東京都には豊富で多様な医療資源と医療の専門分化が進んでいる。公的事業・補助のもと医師会レベルでのネットワーク構築が重要であり、機動性の高い往診支援事業者等とも信頼関係構築下、タスクシェアによる 24 時間医療提供体制の構築も方法の一つと考えられる。

1. 少子高齢化社会とかかりつけ医機能

日本は少子高齢化が急速に進行し、2070 年には人口 8,700 万、65 歳以上 38.7%、15～64 歳 52.1%になるといわれている。東京都においても 2030 年 1426 万人をピークに減少に転じ、2065 年には人口 1,231 万、高齢化率 29.4%に上昇。全世帯（685 万世帯）の約 3 割が高齢者の一人暮らしや二人暮らしによって占められ、高齢世帯数の推計においても単独世帯 47.5%にも達する。

生活環境や医療に関する意識も多様化するなか、救急医療の増加、入院の長期化、退院困難例増加に加え、働き方改革や医療介護人材の不足等により救急医療提供体制の逼迫や受け入れ先の病床及び転院・退院先の確保が大きな課題となっている。

一方、在宅医療に関する国民のニーズ調査において終末期の療養場所に関する希望について 60%以上の国民が自宅での療養を希望している。このような少子高齢化や多様化する医療、介護環境等の変化から、医療現場では DPC・在宅医療・介護保険制度・医療 DX の導入や地域医療構想・地域包括ケアシステムといった医療制度改革が進められ、医療提供の場は入院から外来そして在宅・遠隔医療へと展開されるようになった。

現在、高齢化社会を迎えるにあたり、かかりつけ医機能について議論が進められている。かかりつけ医には患者に病状・治療療養の希望（ACP・AD）に応じた、プライマリケア・夜間休日対応、入退院支援、在宅医療の提供、介護サービス等との連携が求められるようになってきている。

地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ

＜慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ＞

※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討）。

かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示	①外来医療の提供 (幅広いプライマリケア等)	②休日・夜間の対応	③入退院時の支援	④在宅医療の提供	⑤介護サービス等と連携
A診療所	○	○	○	○	○
B診療所	○	○	○	○	○
C診療所	○	○	○	○	○
D診療所	○	×	×	○	○
E診療所	○	○	×	○	○
F診療所	○	—	×	—	○
G診療所	—	—	—	—	—



地域の医療機関は、①～⑤の機能の有無や、これらをあわせて担う意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の機能をあわせて担う医療機関を確認。



協議の場において、各医療機関の①～⑤を担う意向を踏まえつつ、地域で不足している機能を充足できるよう、支援や連携の具体的方法を検討。

- ：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる
- ：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる（連携する医療機関も報告。③の○は他院と連携して病床を確保している場合が考えられる。）
- ×
- ：当該機能を担う意向はあるが、現時点では提供できない
- ：当該機能を担う意向がない

※他院を支援する意向も報告し、不足する機能の充足の協議に活かす。

6

令和4年12月5日 第94回社会保障審議会医療部会資料1-1
かかりつけ医機能が発揮される制度整備について

これらの医療を提供するにあたり、かかりつけ医と患者・家族双方が人生観や価値観を理解したうえで、病気と治療方針及び医療・介護保険制度等をよく理解する必要がある。その上で双方が協力して常時病状の変化に対応できる医療・介護環境の構築をすることが重要となる。そのために、かかりつけ医は医療・介護・保健・福祉の各分野と連携して情報共有やタスクシェアなどを検討に入れながら、多職種連携による相互協力に努め、医療介護の連携システムや地域包括ケアシステムの構築を行うことが必要である。このように患者を点でなく面で支えるということがかかりつけ医機能・在宅医療では重要となり、地区医師会はこれらのシステム構築に各分野と連携して協力していく必要がある。

2. 東京都におけるかかりつけ医機能と在宅医療の課題

現在の外来医療の特性を考えた場合

- ・地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っている。
- ・診療所における診療科の専門分化が進んでいる。
- ・救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、医療機器の共同利用等の医療機関の連携の取組が、地域で個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている。

等の状況にある。

在宅医療提供体制に関しても専門分化が進んでいる。これまでの地域密着型の外来や在宅

医療を提供する医療機関に加え、大都市圏では広域エリアを医療圏とし機動性を活かしながら在宅医療・救急医療を提供する大規模在宅・往診専門医療機関が増えてきている。また、東京都などの大都市圏では高齢者の世帯背景から高齢者施設が急増、一般在宅だけでなく施設在宅の患者も多い。

まず、かかりつけ医が在宅医療を提供するにあたり次の課題が挙げられる。

- ・多職種連携
- ・専門外診療
- ・後方支援病院・連携医療機関の確保
- ・かかりつけ医による 24 時間管理

特に 24 時間管理、夜間休日の対応は一般かかりつけ医が在宅医療を始めるにあたり最も大きな課題の 1 つである。24 時間管理のために週末・夜間に当直医・事務を 1 年間雇用した場合、2,349 万円（平日夜間 298 日×（医師 4 万+事務 1.5 万）＝1,639 万、祝祭日 67 日×（医師 8 万+2.6 万）＝710 万）程の人件費がかかる可能性がある。このため、前述に述べたように、自主的に個々の医療機関が連携して対応する取り組みが行われ、診療報酬上でも評価されるようになった。

一方、連携上の課題として

- ・医療機関同士の規模や管理方法の違い
- ・連携医療機関との情報共有方法
- ・事務調整
- ・医師が複数所属する医療機関では雇用条件に関する課題
- ・かかりつけ医（主治医）以外の看取り
- ・相性

等もあり、実連携には課題が山積していることから、保険上の優遇を受けるための連携にとどまっているケースも多いと思われる。

地区医師会においても、これまで 24 時間サポート体制のため、在宅医療機関によるネットワーク作りについて長年議論がなされてきたが、上記課題に加え、

- ・在宅医療を提供する医療機関はあるが、多くが外来も行う一馬力の医療機関で、救急医療や 24 時間管理に大きな課題を抱えている。
- ・在宅医療中心の医療機関は救急医療・24 時間管理を自院で管理できる。

一方で数が少なく、自院の患者管理で精一杯なことが多い。

- ・協力医不足や一部の医療機関への負荷の集中。
- ・医師会事務局への業務負荷や経費問題。
- ・行政、保健所の連携・協力（公的事業・補助金制度がない）

等が同様に課題となり構築に至らないことが多かった。

3. コロナ禍で構築された東京都及び地区医師会ごとの自宅療養者医療支援体制

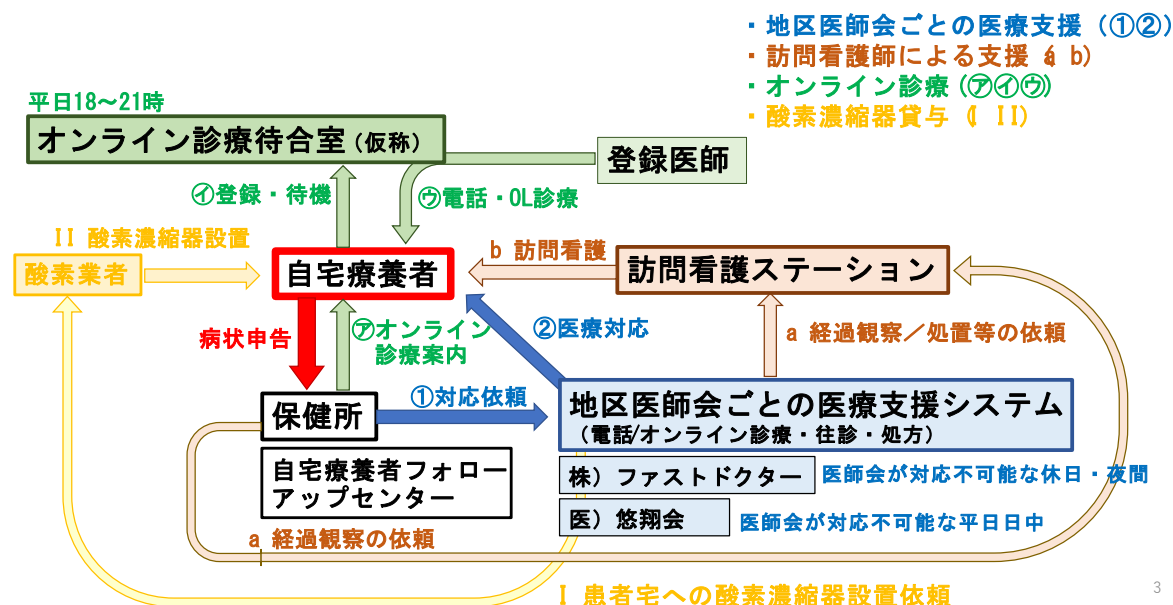
新型コロナウイルス感染症は、現代社会において経験したことのない出来事であった。

一方、新型コロナウイルス感染症において私たちは多くのことを経験し学んだ。

- ・急拡大する感染により外来・病院医療は機能不全となり医療逼迫を招いた。
- ・患者の急増により病床逼迫（【入口（上り）】と【出口（下り）】の課題）・外来受診患者の減少・在宅療養者の急増・救急医療等に課題を生じた。
- ・一方、機動性の高い在宅医療は外来・入院医療に比べると影響は少なかった。
- ・電話・オンライン診療が進み、医療 DX についての議論が進められた。
- ・コロナ禍の医療は、高齢者人口がピークを迎える 2040 年以降の医療環境に類似。

この状況下、病院医療への負荷軽減や増え続ける在宅療養者への対応のため、令和 3 年 4 月「地域における自宅療養者等に対する医療支援強化事業」が始まり、東京都及び各医師会でも自宅療養者への支援体制が構築されていった。令和 4 年 10 月時点で 35 医師会が夜間休日の一部または全て往診支援事業者に委託（令和 4 年 10 月時点）する形をとった。一方、この支援事業の検証における調査において、往診医の不足・協力医の不足・夜間休日対応医師の不足が合わせて 57.8%となった。その他、訪問看護・薬局との連携や保健所・行政との連携等の課題が挙げられた。

地域における自宅療養者等に対する医療支援強化事業



令和 6 年 7 月 12 日 東京都医師会在宅救急医療に関するシンポジウム
かかりつけ医機能による地域医療の充実と安心の構築
かかりつけ医機能強化の観点から

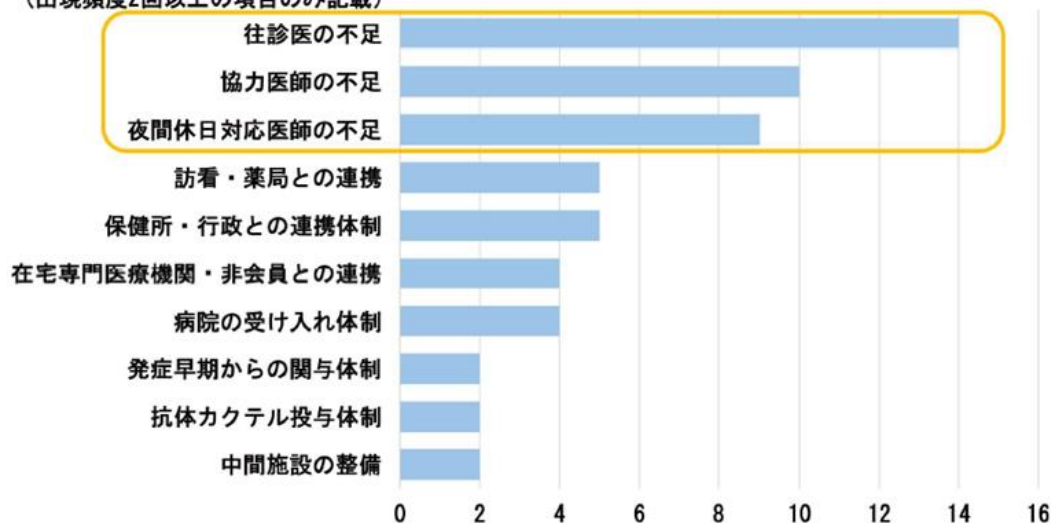
地区医師会ごとの自宅療養者医療提供体制について (令和4年10月時点)

	区部	市部
都事業 地区医師会が24時間対応	2	1
夜間・休日の一部を往診事業者に委託	18	9
夜間・休日全て往診事業者に委託	4	4
区市独自の取組	5	6
未実施	3	4

地区医師会の取組における課題（自由意見の類型化）

自宅療養者・待機者に対する医療支援体制の検証に関する調査（東京都医師会 2021年10月13日）
回答：54 / 54 地区医師会

（出現頻度2回以上の項目のみ記載）

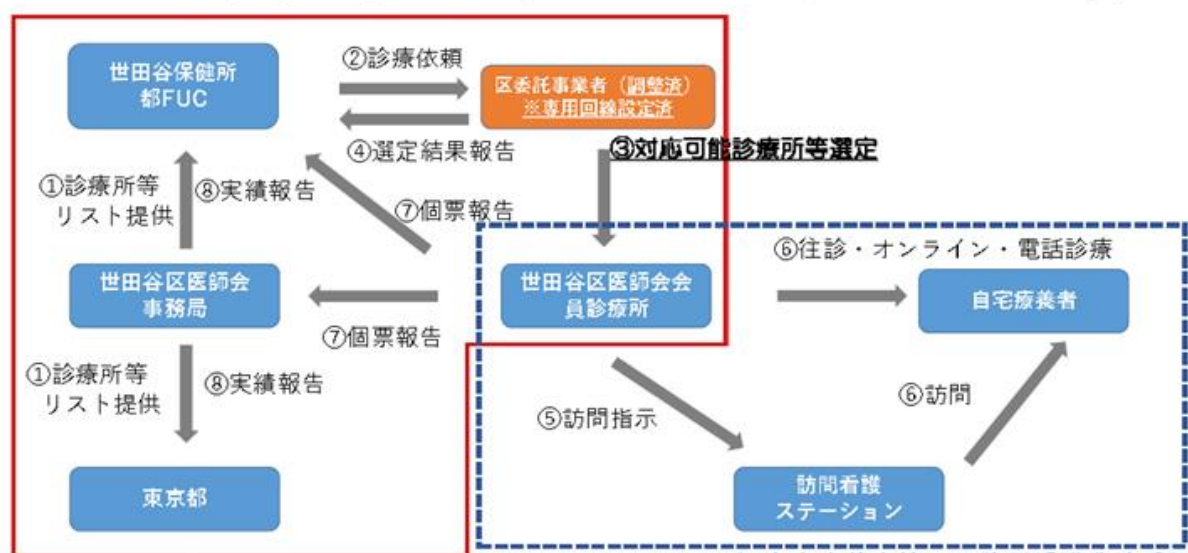


令和5年1月13日 TMA 近未来医療会議 第3回公開シンポジウム
「新型コロナウイルス感染症自宅療養者への医療支援事業について」

人口・感染者数が最も多かった世田谷区においても、医師会と保健所・行政との間で在宅療養者支援について協議が重ねられ、令和3年2月に世田谷区自宅療養者支援体制の整備が行われた。保健所内に自宅療養者に対して外部委託による健康観察センターが設置され自宅療養者の健康観察が開始された。健康観察センターで医療的支援が必要な場合、登録医療機関から対応医療機関に医療支援の依頼が行われた。対応医療機関は、平日日中は主に両医師会協力医療機関が中心となり対応、夜間・休日は区委託往診医療機関（ファストドクター等）が対応。自宅療養者等への訪問看護については、世田谷区のエリアごとに協力訪問看護ステ

ーションが登録され、保健所・医療機関の指示のもと自宅療養者への訪問看護が行われた。
また、自宅療養者等への薬剤支援については世田谷区内の協力薬局（110ヵ所）のリストの作成が行われた。医師会会員に対しては、かかりつけ自宅療養患者への医療支援（電話・往診等）の協力依頼を繰り返し行った。

都の自宅療養者支援強化事業の活用フロー（世田谷区医師会版）



1 地域における自宅療養者等に対する医療支援強化事業

2 自宅療養者等への訪問看護業務委託

令和3年12月21日世田谷保健所作成

令和4年度往診・電話オンライン診療対応件数（保健所への報告件数）

	4年度対応件数合計	736				
	保健所の自宅療養者支援体制		都医療支援強化事業		都往診体制強化事業ほか	
	区健康観察センター	都フォローアップセンター 保健所依頼（夜間）	世田谷区医師会	玉川医師会	区外医療機関による対応	合計
4月	20	27	17	4	29	97
5月	11	15	6	0	14	46
6月	2	8	3	0	6	19
7月	36	40	42	12	39	169
8月	50	74	13	9	54	200
9月	10	52	10	1	5	78
10月	8	5	2	2	2	19
11月	11	1	12	3	18	45
12月	22	0	23	4	14	63
1月	0	0	0	0	0	0
2月	0	0	0	0	0	0
3月	0	0	0	0	0	0
合計	170	222	128	35	181	

これまでの在宅医療における課題であった、

- ・事務局機能
- ・情報管理体制
- ・24 時間医療支援体制（特に夜間・休日）
- ・地域単位での多職種連携
- ・オンライン診療 など

を東京都・世田谷区が公的事業とし補助金を導入、世田谷区保健所が医師会と連携のもとで統括、機能の一部を世田谷区が外部委託など行うことで、これらの課題を解決することとなった。一方、急増する自宅療養者に対して

- ・保健所機能がパンク
- ・急速に増加する療養者のためマンパワー不足が生じ、療養者の健康観察（架電・受電）ができなくなる。また、医師会等との療養者連携システムが正常に機能しなくなる。・保健所内の縦割り機能により、各種問題が横断的に解決できず、自宅療養者の治療を行う、かかりつけ医との連携等に課題が生じた。
- ・委託往診支援事業者とかかりつけ医との情報連携不足や質の問題。
- ・委託往診支援事業者の過大な広告宣伝、コンビニ医療、保険診療に関するモラルなどの課題も残した。

4. 東京都在宅医療推進強化事業（地域における 24 時間診療体制の構築事業）

令和 5 年度に新型コロナウイルス感染症が 5 類に移行後、コロナ禍で構築された東京都医師会および地区医師会における自宅療養患者等への支援・取組みをレガシーとして、さらなる在宅医療の推進を図ることを目的に、東京都から各地区医師会に対して在宅医療推進強化事業の公募・取組みが始まった。

本事業では、地域における 24 時間診療体制の構築の推進のための、①24 時間診療体制推進事業 1,000 万円、これらの取組みを推進するための、②デジタル技術を活用した医療 DX 推進事業 1,000 万円の 3 年間の補助事業となり、令和 8 年度以降は各自治体事業として移行する予定である。

公募結果に、24 時間診療体制推進事業 26 医師会、デジタル技術を活用した医療 DX 推進事業 19 医師会に交付決定（令和 5 年 10 月 24 日）された。

東京都在宅医療推進強化事業（24時間診療体制推進）交付決定状況

1 補助金が交付決定された地区医師会数

事業名	地区医師会数
24時間診療体制推進事業	26
デジタル技術を活用した医療DX推進事業（DX加算）	19

2 対象地区医師会一覧

番号	地区医師会名	DX加算	番号	地区医師会名	DX加算
1	小石川医師会		14	板橋区医師会	○
2	浅草医師会	○	15	練馬区医師会	○
3	江東区医師会	○	16	西多摩医師会	
4	足立区医師会		17	調布市医師会	○
5	葛飾区医師会		18	町田市医師会	
6	江戸川区医師会	○	19	西東京市医師会	○
7	新宿区医師会	○	20	東久留米市医師会	○
8	目黒区医師会	○	21	稲城市医師会	
9	世田谷区医師会	○	22	八王子市医師会	○
10	渋谷区医師会	○	23	日野市医師会	○
11	杉並区医師会	○	24	立川市医師会	○
12	荏原医師会	○	25	小平市医師会	
13	豊島区医師会	○	26	国分寺市医師会	○

令和 5 年 1 月 13 日 東京都在宅医療推進強化事業
地区医師会担当理事連絡会 交付決定の状況報告 資料 1

令和 5 年度の 24 時間診療体制推進事業では、以下のようなシステム構築が各医師会によって検討・導入が行われている。

- ・ 医師会医療相談窓口・医療連携センター・医師会往診ステーションなどを設置
- ・ 主治医・副主治医制の導入・輪番制の導入
- ・ 協力・対応医療機関に対し補助金を設定
- ・ 当直医をサポートするため、看護師団体（初期対応）と連携するシステムを構築
- ・ 夜間休日を一・二次救急病院及び訪問医療機関と連携し診療体制を構築
- ・ 既存の多職種連携システムで、二次救急病院の空き病床など病院情報を共有するシステムを導入。
- ・ 医師会内を数ブロックに分け、ブロックごとに連携サポート体制を独自に構築
- ・ 医師会が患者と連携医療機関等とのハブ役として、電話等転送システムや電話代行サービスを導入
- ・ オンライン診療システムの導入
- ・ MCS(Medical Care Station)など利用、マッチング機能や患者情報共有システムを構築
- ・ 夜間休日の一部などを往診支援事業者に委託

株式会社 On Call 社

ファストドクター

当直連携基盤

会員医療機関 など

などのシステムを組み合わせで構築が行われている。特に夜間休日の一部などを往診支援事業者に委託する医師会は 26 医師会中、10 医師会であった。一方で往診専門事業者ごとにシステムや情報共有方法等が違い、委託費（基本料+往診サポート料）が高額のため本補助金額では長期運用において支障をきたすなどの課題も挙げられている。

DX 推進事業については、以下のシステム導入や情報共有・連携システムの導入・検討が行われている。

- ・バイタルセンシング機器や往診で利用できる医療デバイスの導入
 - バイタルセンシング（セコム医療システム）
 - 眠りスキャン（パラマウントベッド）
 - Tyto care・診療支援キット・（SOMPO Light Vortex・帝人ファーマ株式会社）
 - センシングウェア・非接触型センサー（TOPPAN）
 - センサーマット（ツカモトコーポレーション）
 - 心電計、血中酸素濃度計（三栄メディシス）
 - タブレット型ナースコール（京セラみらいエンビジョン）
 - 転倒探知システム（Vayyar）
 - 室温計機能付きスマートリモコン（Switch bot）
 - 見守りカメラ（Tapo） など
- ・自動応答システム・WEB 問診、オンライン診療・オンライン健康相談の導入
 - レイヤード社（Iver・Symvier）
 - オムニヒール、 など
- ・多職種連携システム、情報共有システムの導入・開発
 - MCS（機能強化と地区医師会による共同開発）
 - メディケアノート
 - カナミック など
- ・在宅療養患者の見守り体制構築のため、タブレットを導入
- ・医師会でクラウド型電子カルテを導入し医療的側面での情報共有システムを構築
 - モバカルネット
 - M3 デジタル など

本事業導入の各医師会で様々な取り組みがされているが、運用方法や課題について検証が行われておらず、今後は本事業について課題を検証し共有していく必要がある。

5. 東京都在宅医療推進強化事業を踏まえ、地域の 24 時間体制をどう構築するか

かかりつけ医機能・在宅医療の役割を考えた場合、理想的には地域包括ケアシステムのもとで、かかりつけ医による包括的医療（24 時間管理）の提供の必要性は前述したとおりである。一方で都民が考える現実的な地域医療・在宅医療はどうであろうか。東京都には豊富で多様な医療資源と医療の専門分化が特に進んでいる。かかりつけ医による 24 時間管理・救急体制を考えた場合、一般的にかかりつけ医のみに 24 時間管理・救急医療すべてを現実的に望んでいるのか・可能と考えているのかなどについて改めて評価・議論する必要がある。

また、地域包括ケアシステムの観点から地域単位で 24 時間医療提供体制の構築を考える必要もあり、公的事業・補助のもと地区医師会レベルでのネットワークの構築が重要と思われる。

大都市圏において地域単位でかかりつけ医を支援するにあたり、行政・保健所等との連携のもと、機動性の高い往診支援事業者等と信頼関係を築き、タスクシェアによる 24 時間医療提供体制を構築することも方法の一つと考えられる。一方でかかりつけ医側からは、これらの医療機関との連携について診療・連携実態・委託費等に関する情報が少ないこともあり、連携において情報の共有が重要となる。また、東京都在宅医療推進強化事業において、これら往診支援事業者との連携実績・費用効果についても検証が必要である。委託費が高額となることが多い一方で利用者数が少ないとの報告もある。システム・運用上の課題がどうか、医師会ごとの構築がよいのか、委託費等についても 1 医師会（1 地区）補助 1,000 万円が妥当かどうか、システムや委託方法（費用含む）についての平準・統一化に向けた協議の必要性の有無等について検証していく必要がある。

医療 DX については医療の効率化・診療精度向上などを考えた場合、その重要性は理解できる。一方、業務効率を図るための手段である DX 化自体が業務負担増大につながる可能性もあり、導入には目的・メリット/デメリットを評価したうえで各地域にあったシステムを導入する必要がある。特に、医療情報（電子カルテ含む）の共有化については、システム導入において各医療機関にも導入経費などの負担がかかることがあること、東京都の場合は医療圏を超えて患者が移動することが多いことなどから、国や東京都が公的事業としてこれらの情報共有システムを統一プラットフォームとして開発・導入していくことも重要ではないかと考える。

今回の東京都在宅医療推進強化事業は、2040 年問題を見据えた東京都の一次医療提供体制・かかりつけ医機能・在宅医療の在り方についての議論から、実行・実践に移したという点からも重要な役割を果たしていると思われる。

4. 地域づくりと外来診療における多職種連携の未来 ～日野市の取り組み～

日野のぞみクリニック

望月 諭

1. はじめに

本答申は、高齢化が急速に進行する 2040 年を視野に入れた東京都の一次医療提供体制について、地域包括ケアシステムの観点から改善・強化策を提言するものである。新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ感染症）の流行下において、往診需要の急増や外来通院患者への医療提供の困難など、地域で新たに顕在化した課題があった。本稿では、特に以下の 3 つの課題・提言に焦点を当てる。

- ①地域包括ケアシステムにおける往診体制の強化
- ②地域包括ケアシステムにおける外来診療との連携強化
- ③急変を防ぐ地域づくりの推進

2. コロナ感染症を踏まえた地域の取り組みと課題

（1）コロナ感染症における地域の取り組み

コロナ感染症の蔓延時には、自宅療養中の感染者が体調不良を起こし、地域全体で新たな往診需要が生じた。従来より地域包括ケアシステムの一環として、主に在宅療養支援診療所がかかりつけ医として訪問診療を行っていたが、既存の往診体制のみではコロナ感染症による新規往診需要をすべて担うことが困難であった。

一部の地域では医療機関同士が連携し、往診の供給量を増やして対応した例も見られたが、多くの地域では需要に供給が追いつかない状況が散見された。日野市においても、在宅療養支援診療所だけでは全ての新規往診需要に対応できず、地域で不足する往診を補うために往診体制のプラットフォームを提供する企業が一部を担う形で対応が行われた。こうした企業のビジネスモデルは、企業と提携する医療機関から地域へ往診を行う方式であるが、地域医療機関との連携が十分に取れない場合には、地域包括ケアシステムの「外側」からのアプローチにとどまってしまう課題があった。

（2）FD への休日・夜間往診体制のアウトソーシング

日野のぞみクリニック（以下、当院）では、ファストドクター株式会社（以下、FD）から往診体制のプラットフォーム提供を受け、患者からの往診依頼に対応する仕組みを構築した。具体的には以下のとおりである。

1) 非常勤雇用契約

FD が確保した医師や診療補助員を当院の非常勤職員として雇用することで、当院の名義で往診を行えるようにした。

2) 費用面

通常の往診による診療報酬の範囲内でアウトソーシング費用を賄えるように設定し、地域負担を増やさない仕組みとした。

3) 地域への周知

事業名称を「のぞみ休日・夜間往診センター」（以下、往診センター）とし、地域住民や関係機関に対してわかりやすく案内した。

これにより、当院単独では困難であった休日・夜間往診体制を地域包括ケアシステムの「内側」から FD にアウトソーシングでき、コロナ禍の急増する往診需要にも対応しやすくなった。

（3）日野市における往診事業の試験的運用

往診事業が既存の地域包括ケア体制や多職種連携の質を損なわないよう、当初は以下の条件を設けて対象患者を限定した。

- ①18 歳以上の患者
- ②救急外来への単独通院が困難な患者
- ③居宅に居住する患者
- ④訪問診療を受けていない患者

また、地域の往診需要を正確に把握するため、複数の多職種（看護師、ケアマネジャーなど）からの紹介患者に限定して往診対応を行った。

（4）日野市における往診需要の実態

令和 4 年 9 月から 12 月までの試験運用の結果、以下のことが明らかになった。

- ①紹介元：看護師からの紹介が最も多く、次いでケアマネジャーが多かった。
- ②往診原因：発熱による依頼が最多であった。
- ③主治医の所在：往診依頼があった患者の主治医は、地域外の病院・診療所が最も多く、次いで市内の診療所であった。

この結果から、外来通院中の患者が休日・夜間に体調を崩しても、地域内で治療的介入を受けにくい実態が浮き彫りとなった。一方、訪問診療を受けている患者については、コロナ感染症下でも体調不良時の往診対応が比較的不足なく行われていた。

（5）日野市医師会コロナ往診ステーションの設立

日野市医師会では、第 6 波のコロナ感染症で増大する往診需要に対応するため、在宅医・外来医を問わず往診が可能な体制を主導的に構築した。医師会を拠点とし、以下を整備している。

- ①往診車両の確保：コロナ往診専用車を配備。
- ②医師・看護師の集約：医師会に集合し、防護服などを準備したうえで患者宅へ往診。
- ③感染性廃棄物の処理：往診後は医師会に戻り、院内感染を防止しながら廃棄物を処理。

この体制により、往診経験のない医師でも医師会へ集合するだけで往診が可能となったが、休日・夜間体制を単独で担うには限界があった。

（６）日野市医師会コロナ往診ステーションの強化

第７波に対応するにあたり、当院が行っていた「休日・夜間往診事業」が日野市医師会コロナ往診ステーションをバックアップする形を取り、次のことを実現した。

- ①日野市医師会のコロナ往診ステーションの対応時間に休日・夜間往診を追加。
- ②日野市内で連日いずれかの時間帯に、コロナ陽性患者へ地域医療機関による往診を提供。

このように、医師会と連携したアウトソーシング先の往診センター双方が役割分担を行い、地域内での往診提供を充実させた。

（７）地域内での休日・夜間往診体制の役割分担

- ①日野市医師会コロナ往診ステーション：

複数の医師が比較的負担なく対応できるよう、コロナ陽性が確定した患者の体調不良に限定して往診を行う。

- ②のぞみ休日・夜間往診センター：

発熱患者やその他の体調不良に対する往診を担う。

両者が並行して活動することで、コロナ感染症を含む各種往診需要に対応可能な体制を整備した。

（８）コロナ感染症を経験し、2040 年を見据えた地域課題

コロナ禍で明らかになった課題を踏まえ、今後は高齢者の健康寿命がさらに伸び、訪問診療を受けずに外来通院と介護サービスを組み合わせながら生活する高齢者が増加すると見込まれる。こうした人々にも地域内で必要な時に往診が届く仕組みが求められるが、コロナ禍で表面化した往診提供体制の不足を考えると、すべての医療機関が単独で休日・夜間の往診に対応するのは困難である。

また、訪問診療のニーズ自体も拡大すると予測されるため、外来診療が中心の医療機関においても訪問診療へ参入しやすい環境整備が必要となる。現在、多くの医療機関は夜間などの臨時往診対応への負担が参入障壁になっているが、これを解消するには、医師会を中核とした共同体制で地域の休日・夜間往診を分担し合う仕組みを確立することが望ましい。

3. 今後への3つの提言

本章では、上記の背景を踏まえ、2040年を見据えた東京都の一次医療提供体制を強化するための3つの提言を示す。

提言1：地域包括ケアシステムにおける往診体制の強化（地域の医療資源を活用し面的に支える取り組み）

日野市医師会では、コロナ感染症の往診体制構築・運用経験をもとに、平時においても各医療機関で生じる往診需要を地域全体で補完する取り組みとして「日野市医師会往診ステーション」を立ち上げた。具体的には以下のとおりである。

- ①医師会が中核となり、地域内で往診可能な医療機関に協力を要請する。
- ②輪番制で地域内に生じた往診需要に対応し、かかりつけ医が応じられない場合に代わって往診を実施する。
- ③運用継続に向けた行政との連携：まちづくりの一環として運用費用を行政予算で支援する体制を協議中。

これにより、在宅療養患者や外来通院患者が24時間365日の体調不良時にも、地域で往診対応を受けられるようになる。複数の医療機関が役割を分担することで不足する医療資源を効率的に補完し、従来の地域包括ケアシステムを強化する取り組みとなる。

提言2：地域包括ケアシステムにおける外来診療との連携強化

2040年には、外来通院をしながら介護サービスを利用し、在宅療養を行う高齢者が増加することが予想される。これまで在宅療養といえば訪問診療が中心だったが、今後は外来診療の果たす役割がより重要となる。

①外来診療からの在宅療養支援：

外来での疾患管理だけでなく、患者の生活背景や介護サービスの利用状況を踏まえた総合的な支援が必要となる。

②多職種との情報共有：

外来主治医が患家の詳しい状況を把握するために、訪問看護師、ケアマネジャーなどの多職種からの情報提供を受けやすい仕組みを整備する。

③中核病院との連携：

中核病院に通院している患者でも、急変時や地域の支援が必要な場合に対応しやすいよう、病院の連携室と地域資源を繋ぐ体制を拡充する。

提言 3：急変を防ぐ地域づくりの推進

地域包括ケアシステムを強化し、在宅療養患者に 24 時間 365 日対応できる体制を構築したとしても、急変を未然に防ぐ取組みは不可欠である。特に以下の点が重要となる。

①定期的なモニタリングと情報共有：

外来診療や訪問診療、訪問看護などを通じて、患者の健康状態を定期的に確認し、異常を早期に発見する。

多職種間で情報を密に共有し、必要に応じてすぐに治療介入や介護サービスの調整を行う。

②柔軟な診療体制の切り替え：

体調不良が頻発したり夜間の対応が増えたりした場合、適切なタイミングで訪問診療に移行するなど、患者の状況に応じた診療体制の切り替えを可能にする。

地域全体が協力し合い、急変を起こしにくい療養環境を維持する取組みが求められる。

4. 結論

コロナ感染症を経て見えてきた往診需要の増大や、外来中心の医療を受ける高齢者の増加を考慮すると、東京都の一次医療提供体制においては以下の点が不可欠である。

①地域包括ケアシステムの強化：

外来診療、訪問診療、休日・夜間往診を提供可能な複数の医療機関が役割分担し、不足する医療資源を効率的に補完する。

②外来診療の役割拡大に伴う連携体制の整備：

外来主治医を含む多職種と積極的に情報共有を図り、外来通院患者でも安心して自宅療養が続けられる環境を整える。

③急変を防ぐ地域づくり：

患者の状態を常に把握できるモニタリング体制を充実させ、必要時に速やかな介入ができるように連携を強化する。

これらの取り組みを通じ、住民が住み慣れた地域で安心して暮らし、質の高い医療を受け続けられる社会の実現が期待される。特に、地域の外来診療体制・訪問診療体制・休日夜間往診体制の「面的な連携」が鍵となる。今後、行政・医師会・医療機関・介護事業所・多職種が一丸となり、これらの仕組みをより実践的かつ持続可能な形で運用し、地域包括ケアシステムをさらに強固にしていくことを強く提言する。

5. 一次医療での完結を如何に実現するか ～有床診療所の取り組み～

稲城わかばクリニック

関根 秀明

1. はじめに

日本は急速に少子高齢化が進行している。2025 年には団塊世代が 75 歳以上の後期高齢者となり、国民の約 3 割が高齢者となることで生じる問題で、2025 年は高齢者人口増加の過渡期にすぎない。さらにその後も高齢者人口は増加を続け、2040 年頃に団塊ジュニア世代が 65 歳を迎え、総人口に占める高齢者の割合が過去最大の約 35%に達しピークを迎えるという試算である。高齢者が増加することで要介護者の割合が高くなるため、現在より医療、介護、福祉の需要が多くなることが予想される。現在、行政、地区医師会、保健所、地域基幹病院などを中心に介護、福祉等の連携により包括医療システムを行っているが、地域の実情を踏まえてみると十分に機能していない部分もあり、今後改善の余地があると思われる。新型コロナウイルス感染症、2 類相当感染症の際、流行時に地域医療が逼迫していたことを考え、今後、2040 年に向け高齢者が急速に増加、医療需要、緊急性が必要となることを考え、より身近な地域での現状や今後の課題、方向性を述べていく。

2. 訪問診療

後期高齢者が 85 歳以上となると、認知症、生活習慣病を基礎疾患とする脳血管疾患、心疾患が増加、寝たきりや通院できない高齢者が増加している。このような通院することができない高齢者に対し、訪問診療を行う医師を増やそうと医師会は支援している。実際、東京都 23 区では、訪問診療を主体とするクリニックが増加しているが、東京都市部では訪問診療を担うクリニックは少ないのが現状である。訪問診療が中心となる在宅療養支援診療所自体を増やすことも必要であるが、それだけでは高齢者の増加が顕著になることを考えると訪問診療を担う医師数が追いつかないことが予想される。そこで、通常の外来診療のみを行っている医師が訪問診療に興味を持ち、地域で訪問診療を担う医師の数を全体的に増やすような体制作りが重要であると考え。普段から通院しているかかりつけ医としての診療所医師が引き続き訪問診療を行うことにより、患者側の不安がなくなるメリットがある一方で、診療体制についての課題が多く不安となっている診療所の医師も多い。そこで、地域の医師の環境作りを地区医師会が中心となってい、その際、訪問診療を行うことにあたり問題となる夜間、休日の緊急体制構築、訪問診療の体制、訪問看護ステーションなどの連携構築をすることで、診療所医師が不安とならないような連携作りが重要と考える。また、患者側で考えると、核家族により高齢者のみや独居世帯が増え、通院困難なケースがさらに増加することが想定される。訪問診療について理解できない高齢者や、訪問診療の費用負担が大きく訪問診療を断念するケース、医療につなぐことができず状態が悪くなり救急要請となる場合や孤独死で発見するケースが現時点でもあるので、このような困難事例に対し訪問診療を推進する

うえて、解決していかなければいけない問題だと思われる。

3. 緊急医療往診体制

後期高齢者は、種々の疾患を有している。何とか自立、軽度の介護で生活しているケースがみられるが、少しの負荷が掛かると急激に ADL 低下がみられ、場合によっては自宅で体動困難なケースが多くみられる。今後 2040 年問題、85 歳以上の高齢者が急増した際に、救急要請が多くなり困難な状況が想定される。その中でも、軽症者の救急要請も含まれることが問題であり、この軽症者を地域で支える仕組みが重要と考える。特に高齢者は急に容態変化が起こるケースが多い。訪問診療や訪問看護、訪問介護等の介護に関わりがなく、特に容態が急変した本人や家族、医療知識に乏しい方が救急要請するため、どうしても軽症者が含まれるケースが多くなるのが現状である。今後、高齢者が急増することが予想され、地域の急性期病院で病床が足りなくなり、受け入れ体制が逼迫することが予想される。このような背景から稲城市医師会では医師会主体として東京都在宅医療推進強化事業を 2023 年 11 月より開始した。今後の高齢化に向け、地域で軽症者を一次医療で対応することを目的とした。対象者は訪問診療を受けておらず、普段は診療所、市内、市外の病院に通院、または、訪問看護、訪問介護のみ利用している高齢者などが、急激な容態変化など自力で医療機関を受診できなくなった方、本人からの要請でなく、そこで関わる事業者、診療所医師などが医師会に往診依頼の連絡を行い、それを受け緊急往診を行うシステムを開始した。開始後、居宅介護事業所、地域包括支援センター、訪問看護からの依頼が多く、具体的には、急な発熱やコロナ感染後の経口摂取困難、数日で急激な全身状態不良に至るケースが多くあり、一時的な点滴や適切な処置を行うことで改善するケースや、重症例では病院搬送の手配をする場合があった。現在は限られた事業所からの依頼が多いため、多くの施設、事業所からの依頼がくるような活動が必要である。

今後はさらに地区医師会、行政、保健所、さらには介護事業所と連携を行い、すぐに救急搬送するのではなく、在宅、地域で一次医療を完結できるような活動を行っていくことで、少しでも救急搬送や急性期病院の負担を軽減できると思われる。

4. 有床診療所、市中病院と急性期病院の連携について

高齢者の急な容態変化の際、救急要請にて多くは急性期病院に搬送され急性期疾患で治療が必要であれば入院にて加療となる。しかし、搬送後に急性期病院入院の適応がない軽症者は、医学的には自宅療養が可能であるが、独居、高齢者世帯のみで生活している方の受け皿が問題となってくる。普段は自宅療養が何とかできる高齢者でも、少しの負荷が掛かると療養で困難なことになることが多い。このような社会的入院が適応の場合に、一時的に軽症者の入院できるような市中病院、有床診療所の役割が重要ではないかと思われる。入院して治療を行い、改善、その後自宅での環境整備（医療や介護資源）を行い、ある程度生活が自立できるようになるまで入院し、整った時点で在宅療養を行うような仕組みを急性期病院と有床診療所や市中病院との密な連携を行いながら構築していくことが必要と思われる。急性期病院と地域の病院、有床診療所との入院患者の受け入れについては、一部の地域で行われてい

るようであるが、稲城市では、現時点で組織的な活動はないように思われる。今後は、地区医師会、保健所、行政等で病床管理、軽症者の入院患者相互受け入れシステムの構築が重要であると考ええる。

5. 地域中小病院、有床診療所について

地域において急性期病院を中心とし、診療所、介護事業所と連携をしていく包括ケアシステムが確立してきているが、今後、後期高齢者の増加により緊急対応しなければいけないケースが多くなることで、救急要請の需要が増加することが予想される。中でも救急要請される軽症者の受け皿として、地域中小病院、有床診療所が地域での一次医療を担う上で重要な役割を果たすと思われる。

このような軽症者は、熱中症、発熱などの脱水症の方の点滴、高齢者の転倒による骨折などでの体動困難、または軽症の高齢者の肺炎などは、本来、自宅での体制が整っていれば在宅で訪問診療、訪問看護で対応できると思われるが、自宅では療養できない社会的入院が必要なケースが多い。そこで地域中小病院、有床診療所では一時的治療目的、急性期病院から在宅に退院するにあたり、環境整備などのための受け皿として重要な役割を果たすと考ええる。

当院は有床診療所を開設している。入院患者は、訪問診療を行っている方が急に体調不良や癌終末期において症状コントロール不良になり、在宅での療養困難な状況、外来での肺炎などの急な感染症患者などが入院している。また、当院以外の病院や診療所からも入院適応患者の受け入れを行っている。現在、19床の病床稼働で月に20人程度の入退院、平均在院日数は約25日、在宅復帰率85%で推移、ほとんどの方は在宅や元の施設に退院しているが、中には退院できず、療養型病院や病状に対応できる施設に入所となる方もいる。有床診療所は、地域に密着した身近な入院施設として、急性期はもとより慢性期そして終末期医療までを、外来、入院、在宅と同じ医師が責任を持って診療を行うことや、高齢者の療養や介護の受け入れなどから、幅広く入院することができるため、急性期病院とは違う医療を提供できるという特徴がある。

近年、中小病院、特に有床診療所の数は、全国で減少傾向である。減少の原因は、開設者の高齢化、医療人材の確保の問題、開業初期費用がかかることや診療報酬が低いことが考えられる。実際に当クリニックでも常に安定した入院患者の確保は厳しいため、患者数の変動が激しく、苦戦しているのが現状である。今後はこのような中小病院、有床診療所を必要とする高齢患者が増加することを考えると、経営が成り立つような方向の政策や安定的な患者数の確保が必要であると考ええる。

6. まとめ

高齢人口が増加することで、現在のような体制であると救急要請や急性期病院が逼迫することが予想される。今後は地区医師会、地域の急性期病院や地域中小病院、有床診療所、行政、保健所と連携を取りながら、軽症者の救急搬送が減少するような仕組み、地域で一次医療の完結を目指していかなければ、医療、介護全体が厳しくなることが危惧されるため、早急に対策が必要と思われる。

6. 在宅医療におけるタスクシフト／タスクシェアの推進

医療法人社団ゆみの

弓野 大

1. はじめに

東京都は人口が密集する一方で、高齢化も急速に進行している。東京都の高齢化率は、2025年には23.0%、2035年には25.4%とさらに増加することが予測されている。このような状況の中で、医療需要は増大し、特に在宅医療の役割が重要視されるようになっている。東京都には大学病院をはじめとする大規模病院が数多く存在するが、慢性疾患の管理や終末期医療を支える「かかりつけ医」の機能も欠かせない。こうした背景のもと、24時間365日対応の在宅医療の負担を軽減し、持続可能な医療提供体制を構築するために、タスクシフトおよびタスクシェアの推進が不可欠である。

2. タスクシフトとタスクシェアの定義

タスクシフトとは、本来医師が担ってきた業務の一部を看護師やその他の医療従事者に移管することである。例えば、診察や処方の一部を診療看護師（NP）が担うことで、医師の負担を軽減し、より専門的な診療に集中できるようにする。一方、タスクシェアは、業務を特定の職種に移管するのではなく、複数の職種間で共有し、分担することを指す。在宅医療の現場では、医師、看護師、臨床検査技師、メディカルソーシャルワーカー（MSW）、訪問診療アシスタント、医療事務職などが連携し、患者の健康管理を支えることが求められる。

3. 東京都における在宅医療の課題と解決策

東京都の在宅医療には、地方に比べると人材が集まりやすい、人口密度が高く、運営の面では利点がある一方で、以下のような課題が存在している。まず、診療所は多くあるように見えるが、24時間体制の在宅医療を提供する診療所は、人口に比して限られている。また、高齢者の医療ニーズは多様化しており、先進病院での治療から在宅医療への移行がスムーズに進まないケースも多い。さらに、働き方改革や医療スタッフの人件費の高騰などからも、医師に業務が集中し、将来的に持続可能な医療提供が困難になっている現状がある。このような課題に対処するために、東京都ではタスクシフト/タスクシェアを積極的に推進する必要がある。

4. 具体的なタスクシフト/タスクシェアの施策

4-1 診療看護師（NP）

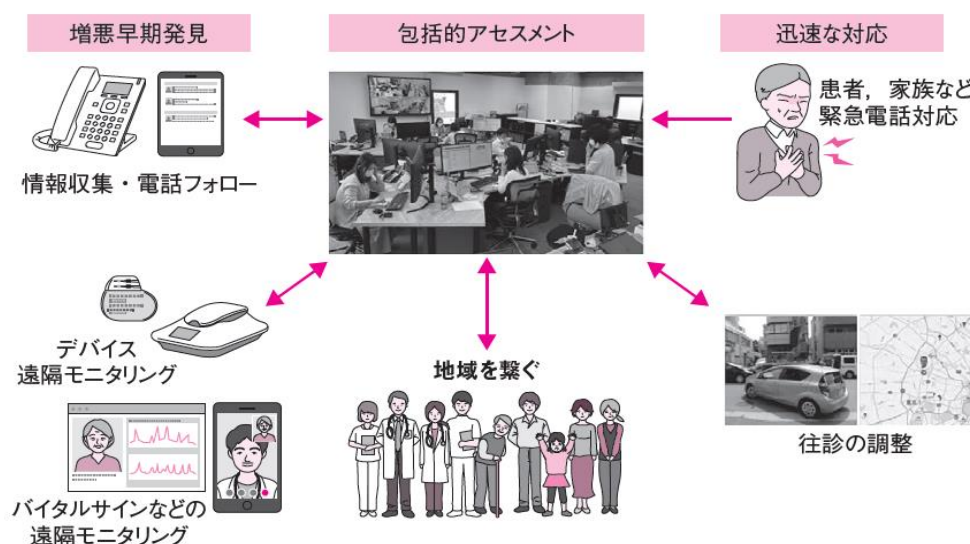
NPは、特定の医療行為を行うことが認められた高度な看護資格を持つ専門職である。在宅医療では、NPが医師の訪問診療を補完し、患者の診療を担うことが可能であるが、現在の診療報酬制度では、NPが独立して診療を行うことは難しく、D to P with NP（医師の指示のもと

とでの診療)として位置付けられている。メリットとしては、医師とは違う視点で、患者中心の医療の提供を行うことで患者の満足度が向上すること、特定行為の迅速な実施により医療の効率化となる。今後の法整備と診療報酬の見直しにより、NPがより幅広い業務を担える体制の構築が求められる。

4-2 テレナーシング（遠隔看護）

タスクシフト/タスクシェアを行うには、デジタル技術の活用も重要な要素である。テレナーシングは、在宅医療において、看護師が訪問しなくても、患者や家族の健康状態や精神的な不安に対応したり、医療DXを用いた遠隔モニタリングなどを行い、増悪の早期発見を行うことができる。在宅医療の質や安全性を向上させることができると考えられる。当法人のテレナーシングシステムを一例として報告する。

ゆみの管制塔センターの役割



航空管制塔は、飛行機が安全に、確実に発着陸できるように全体を見渡しているが、それと同様、「ゆみの管制塔センター」ではテレナーシングにより、安心して在宅療養を継続していくためのマネジメントをする役割を担っている。この管制塔センターは、看護師が中心となって構成されている。地域で住む患者を医療DXを用いて遠隔で看護管理することから、クラウド型ナースステーションとすると想像しやすい。2024年現状では、在宅医療患者300名あたり、100件/日の緊急電話があり、看護師1名の対応電話数33件/日、80%はテレナーシングで対応、残りは往診や訪看などの対面の対応が必要となる。管制塔センターの役割は、1) 増悪早期察知、2) 迅速な対応、3) 包括的アセスメント、および4) 地域を繋ぐことである。このような管制塔センターの有効性を示したエビデンスとして、心不全患者を対象に在宅での生体情報を組織化されたセンターにて専従医師、看護師のチームが組織され、24時間365日対応、モニタリングデータ解析、患者に合わせて薬剤調整・入院指示・患者教育などの介入が行われている（参考文献 Lancet 392:1047-1057, 2018.）。我が国においても、在宅医

療におけるさらなる社会実装が望まれる。

4－3 臨床検査技師

臨床検査技師は、医師の指示のもとで専門的な検査を行う職種である。近年、在宅医療においてもその役割が拡大しつつある。在宅医療において、診断、治療、管理を行ううえで、通常の医療機関での診療と同様に、非侵襲的検査により患者情報を得ることは重要である。臨床検査技師は、在宅においても超音波検査、ホルター心電図、睡眠検査などを行うことができる。しかし、2024年現在の診療報酬制度では、臨床検査技師が単独で訪問し、検査を行った場合の診療報酬算定が難しいため、これらは医療機関の負担となっている。今後は、在宅医療での臨床検査技師の役割を制度的に位置づける必要がある。

4－4 訪問診療アシスタント

訪問診療アシスタントは、医師の訪問診療をサポートする役割を担う。訪問診療アシスタントの主な業務は以下の通りである。1) 訪問診療のスケジュール管理とルート設定：効率的な診療ルートを設定し、医師の移動負担を軽減。2) 診療周辺業務の代行：物品の準備、患者・家族への説明、必要書類の作成。3) 患者家族の心のケアと相談対応：在宅医療における心理的なサポートを実施する。訪問診療アシスタントの導入により、医師は診療に専念でき、診療効率が向上する。

4－5 医療事務職・メディカルソーシャルワーカー（MSW）の役割

在宅医療では、医療事務職の役割も重要である。診療報酬の請求業務や患者・家族との連絡、訪問診療のスケジュール調整など、医療事務職が担うことで、医師や看護師が診療に集中できる環境が整う。また、メディカルソーシャルワーカー（MSW）は、患者の生活環境や介護支援を調整する役割を担い、行政機関や介護事業所と連携しながら在宅医療を支えている。今後、これらの職種の役割を拡大し、タスクシェアを進めることで、在宅医療の効率化が期待される。

5. 医療 DX の有効活用

近年のデジタル技術の進展により、在宅医療におけるタスクシフトの新たな可能性が生まれている。例えば、医師と患者の診療会話のディクテーションから電子カルテ上の SOAP 記載を行ったり、電子カルテとの連携による診療計画の自動生成、ウェアラブルデバイスを利用した患者の包括的な健康管理が挙げられる。

医療 DX による循環器医療の課題解決



弓野 大. Heart View 2024 年 12 月号. テクノロジーが支える心不全ケアの未来像より

循環器診療における医療 DX への応用として、セルフケア支援がある。EPIC-HF 試験(参考文献 Circulation 143: 427-437, 2021) では、受診予定の 1 週間前、3 日前、24 時間前に 3 分間の動画+1 ページのチェックリストを患者へ電子送信し、GDMT 開始と薬剤用量強化の選択を促した。その結果、GDMT 開始、用量強化が有意に高かった。患者家族自身に治療ケアに積極的に参加してもらうことは必要である。このほか、医療診断モニタリングのため、フレイル、頸静脈怒張圧、下肢浮腫、心電図や画像診断、心音など開発が進んできている。また、最近の心不全患者の入院予測に関する機械学習モデルのレビューによると、電子カルテやテレモニタリングデータなどの 16 の論文が 30 日間の入院を予測し、曲線下面積 (area under the curve : AUC) は 0.61~0.79 の範囲であった (参考文献 Eur Heart J Digit Health 3:415-425, 2022)。これらの報告は、診断プロセスに対するものであり、最終的には Doctor to Patient の構図は変わらないものであるが、最近の医療 DX では、構造上医療者との繋がりがみえるものへと変化しており、患者自身が IT を活用したウェアラブルデバイスなどを通じて医療者へ情報を届けることも可能となってきた。

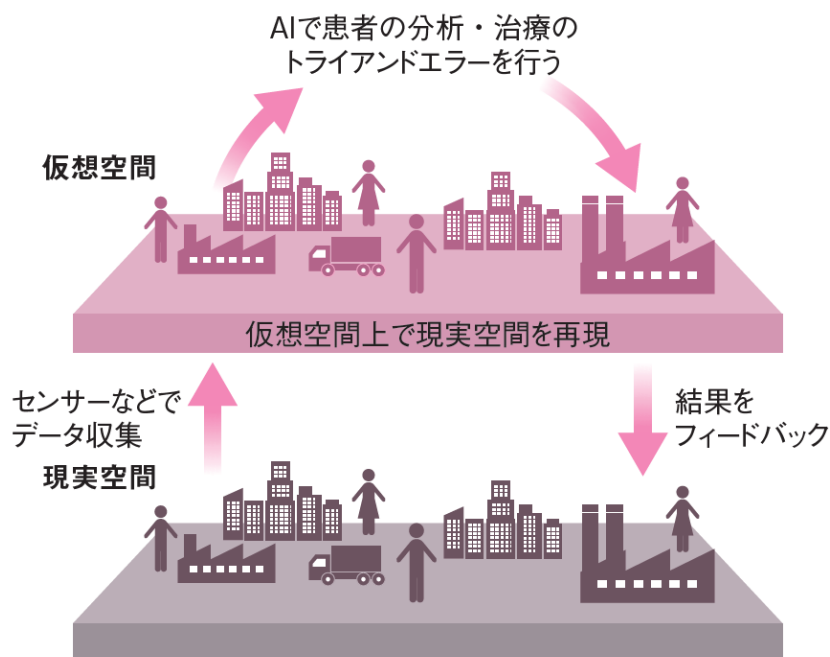
これからの医療 DX を用いた在宅医療の未来像として、日本政府が提唱した未来の社会ビジョンに Society5.0 がある。IT など現実空間から収集した膨大なデータを基に、仮想空間上で AI が分析やシミュレーションを実施し現実空間へフィードバックすることで、将来起こる変化にいち早く対応することが可能となる。

在宅医療と Society 5.0

- 1) 効率的な医療管理：情報技術を活用して、在宅患者のデータを収集・分析し、医療者にリアルタイムで悪化の早期発見により、効率的な医療管理が可能となる。これには、電子カルテや遠隔医療などの医療 DX の普及、共有が求められる。

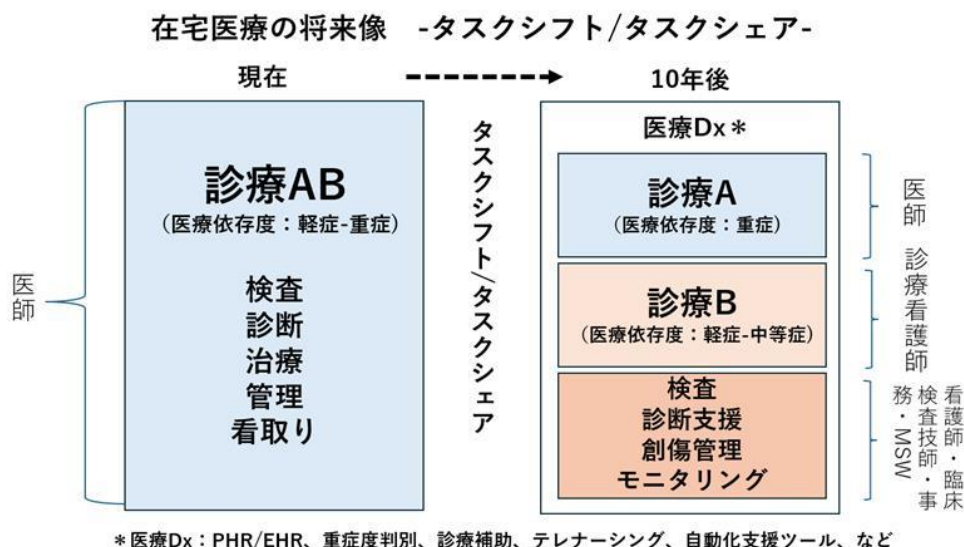
- 2) 多職種チーム連携：患者家族、地域医療介護職などのステークホルダー間でのデータ共有と連携が可能となる。医療効率が向上し、重複する検査や処方、意思決定が減少する。
- 3) 専門的医療の提供：地域での非専門の医療従事者への診断、治療、管理、教育が可能となり、不要な病院受診や入院が減る可能性をもつ。

医療におけるデジタルツイン



国土交通省：デジタル情報基盤によるデータ利活用の推進について
(<https://www.mlit.go.jp/koku/content/001711597.pdf>) を基に作成

6. タスクシフト/タスクシェアによる10年後の在宅医療



現在の在宅医療（2024 年）

医師が中心となり、24 時間 365 日体制にて、検査、診断、カルテ記載、管理、看取りと行っており、医師の負担が大きく、業務の集中が問題になっている。

10 年後の在宅医療

医師は、様々な情報から重症度判断を行うことが役割となり、診療は医療依存度が高い患者を中心に行う。また、NP が軽症から中等症患者の診療を補助し、テレナーシングから看取りまで医療的ケアに関わることができる範囲が拡大する。ほか看護師、臨床検査技師、事務、ソーシャルワーカーら医療スタッフがタスクシフト/タスクシェアにより、役割が拡大する。

また、医療 DX の発展により、PHR(personal health record)、EHR(electrical health record)、重症度判別、テレナーシング、AI 診療補助システム、自動化支援ツールなどが導入され、医師と診療看護師（NP）、医療スタッフの業務が軽減する。遠隔モニタリングの進歩により、増悪予測からリアルタイム患者管理が可能となる。これにより、医師の患者の状態把握がより迅速かつ正確になり負担軽減が進み、在宅医療の質と量が向上する。

まとめ

東京都において在宅医療のタスクシフト/タスクシェアの推進が不可欠である。看護師や臨床検査技師、訪問診療アシスタント、医療事務、ソーシャルワーカーなどの医療スタッフの有効活用、また医療 Dx の発展により、医師の負担を軽減しながら、持続可能な医療提供体制を構築することが求められる。今後の政策的支援と制度改革を通じて、多職種がチームとなり協力し合い、患者にとって最適な医療を提供できる環境を整えていくことが重要である。

7. 多職種連携のチームづくり

新井クリニック

新井 隆男

私は訪問診療を始めてまだ2年そこそこなので、その全体像まではわからない。

しかし現場の経験から、「多職種連携の重要性」については、ある程度、理解できたつもりでいる。そして、その「核心」部分も見えてきた。今回は、そのことについて、少しばかり書面を頂戴する。

皆で集まって、沢山の良い物を作るためには「分業」だけでなく「連携」が重要である。このことは産業革命以降、当然のコンセプトであろう。しかし「他の人の気持ちになって行動する」ことが、「最も難しい」のも事実であり、だから現場は色々とうまくいかない。そういう論点（人間関係論）から、現場を見ると、訪問診療は医師の“ガバナンス力”が大事、と実感できる。

多職種連携をうまく進めるには、訪問診療の医師が、患者の「人生の旅」を真剣に考え、そしてチームの一員として“他職種への献身”を本気で示す必要がある。このとき初めて、「私も一緒にやります」と、多くの他職種メンバーが集まってくるのだと、(日々の自省も込めて)私は思っている。

“この先生は、その高い専門性を、自己の利益のためだけに使っていない”、

“この先生は、その力によって、本当の社会貢献を果たそうとしている”、

という「安心感」をもって、この先生と一緒に働きたいと多くの他職種メンバーが心に決める。そんなイメージである。つまり、訪問診療医に求められる仕事は、「専門性の発揮」のみならず、それ以上に「前後工程とのスムーズな連結」ではないか。

高度急性期から在宅診療まで、地域の中で患者さんの「旅 (patient journey)」は続く。病気はつらい。しかし、苦しさの中にも、得られるものがあるらしい。喜びの中で人生を終えることすらできる。その旅のお手伝いを多職種連携でしている。

在宅医療を温泉旅行に例えると、

- ・受付の女性が、気持ちよく迎えてくれた（ケアマネジャー）
- ・仲居さんが、親切にしてくれた（ヘルパーさん）
- ・風呂係りのお婆さんが、丁寧に掃除をしてくれた（訪問看護）
- ・料理人が、おいしいご飯を提供してくれた（医師）
- ・アルバイトのお兄さんが、布団を丁寧に敷いてくれた（リハビリ）
- ・出発の際に、皆でお見送りに出てきてくれた（全体）

これらが繋がって、はじめて「patient journey」が成立する。

温泉旅館で、お客さんの素晴らしい旅を創るためには、まず、他の従業員を大切にするべ

きであろう。他職種から何か頼まれたときは、疲れていても「はい喜んで」と引き受ける。逆に、何かを依頼するときは、心から感謝を込めて「よろしくお願いします」と引き継ぐ。そうやって、従業員同士が支え合い、信頼し、助け合うことで、初めて旅館のサービスがつながり、「温かさ」が生まれ、結果的に顧客満足度が上がる。これが、『後工程はお客様』という松下幸之助の言葉の意味と思う。

このような、「自分の前後工程に最大限の敬意を払うこと」は、生き残りをかけた顧客サービスの世界では、「当たり前」になされてきた。しかし、日本の医療界は、本当のアウトカムを追求しなくても、生き残ることができたからだろうか、いまだ独善的なリーダーも多いように見える。

しかし、我々は国際社会の落ちこぼれになってはいけない。まさに、失われた20年を日本が取り戻し、再起をかけた一大プロジェクトに臨む時がきた。そのひとつが「働き方改革」である、と首相が言っている。「働き方改革」は、社会全体の「上位下達」構造からの脱却であり、職業人それぞれの「自主性、主体性」をいかに高められるか、という考えに基づく。

医療介護の世界は、まさにそのプロジェクトの一角を担っており、患者さんの「人生の旅」をしっかり支えること、それが地域産業の発展を促し国力を向上させ、国民一人一人の生きがいや収入を高める。その壮大なプロジェクトの現場指揮官が、「訪問診療医」と言っても過言ではないと思える。

だから、冒頭で述べたように、訪問診療における多職種連携の「核心」は、医師のガバナンス力にあると、私は思う。ガバナンス力とはすなわち「他職種への献身」であり、全てはそこから始まり、結果「タスクシフト」や「持続可能な24時間体制」が実践されてゆくものとイメージしている。

患者を必死で支える多職種チームにとって、もし、そのリーダーである「訪問診療医」が過労で倒れたら、全てが立ち行かなくなる。なので、戦争国の大統領と同じように、リーダー（医師）の休息時間は、チーム（そこには患者や家族も含まれる）の重要課題として自然に作り出されるはずである。理想論かもしれないが、そんなイメージを持って、私は日々の診療に励んでいる。今のところとくに夜間は、チームの皆さんが私を休ませており、このイメージはあながち間違っていないように感じている。

とは言っても、医師も人間である。好き嫌いがある。さらに、医師自身の「自尊の念」が大いに邪魔をする。人と人との関係である。必ず、「わかりあえない」ことがある。いや、頻繁にわかりあえない。しかも、たいてい相手のせいにする。私もそうである。しかし、それでは、素晴らしいパートナーになれるはずの他職種メンバーを、容易に、失ってしまう。つまり、自分の考えを「わからせる」のではなく、相手の考えを理解する努力が、訪問診療医に求められる。

もちろん、医師は、生まれつきの「人格者」ではない。だからこそ、訪問診療の現場では、プロフェッショナルを「演じる」べきと思う。無い器（うつわ）を、まるで「有る」ように徹底的に演じることで報酬を頂いていると、私は思っている。その結果、多職種メンバーたちの「精神的安全性」が保たれたなら、構成員の能力が向上し（＝育成につながる）、チームとしての社会貢献度が高まるだろう。

以上、現場感覚に基づき提案を述べさせて頂いた。

まとめると、医師に備わっている「献身性」は、患者のみならず、他職種（多職種）に向けて発揮されるべきと考える。患者さんを守るために、まず多職種メンバーを守ること、すなわち、「自分が活躍する以上に、多職種が活躍し成長する舞台を作る」のが訪問診療医の仕事ではないか。結果的に、目の前の患者さんや家族の笑顔、チームメンバーの笑顔、そして「育成」という形での社会貢献、そんな素晴らしいメリットが得られる。となれば、訪問診療医の未来も決して悪くないと思える。

Ⅲ. 新たな在宅医療の展開

1. 新たな在宅医療についての考察 ～アウトリーチと急性期在宅入院～

東京ふれあい医療生活協同組合

研修・研究センター長

平原 佐斗司

1. 在宅医療の過去・現在・未来

我が国の在宅医療は、戦後すぐまでは感染症などに対する急性期医療と看取りの往診医療を核とした古典的在宅医療であったが、これらは戦後急速に廃れることとなる。

1970 年前後から病院の医療やケアから取り残された高齢障害者に対する在宅医療のニーズ、その後の末期がんの方への在宅緩和ケアのニーズの増加を背景に、定期的に往診し、24 時間体制で医療を届ける訪問診療を核とした現代的在宅医療が芽生えた（黎明期）。さらに、1992 年に医療法改正によって在宅医療が第 3 の医療と位置付けられ、その後、現在の在宅医療システムが構築され（創生期）、今世紀に入り、在宅医療は非がん疾患の緩和ケア、小児在宅や精神疾患の在宅医療へと広がり、多様化してきた。同時に、超高齢者人口の急増、独居・老人世帯の急増など、家族基盤の脆弱化などを背景に、システムとして在宅医療を整備していく必要性が高まり、2012 年頃より現代的在宅医療は新たな時代（発展期；地域包括ケア時代の在宅医療）に突入した（表 1）。

表 1 在宅医療の過去・現在・未来

在宅医療	年代	特 徴	社会背景	
古典的 在宅 医療	江戸中期 ～19 60年頃	急性疾患（感染症、脳卒中）に対し 医師が往診（宅診⇄往診） 平均寿命 60代	外的疾患（感染症、母子）脳卒中 等の急性疾患を対象とした在宅医 療	
現代的 在宅 医療	黎明 期	1970年 頃～ 1992年 障害をもつ患者、終末期の方への 24 時間、計画的支援、 家族介護前提 平均寿命 70～75/75～85	成人病（がん、心臓病、脳卒中）⇒ 治す医療、病院医療、 ねたきり高齢 者や末期がん患者への 在宅医療	家族機能・ソーシャルネットワーク脆弱化 緩和ケアニーズの拡大 普遍化へ多様化 障害を持つ人の増加・多様化
	創生 期	1992年 ～ 2012年 介護保険下の在宅医療（高齢世帯を 支える）平均寿命 79/87 供給量の増加（介護保険、在宅医療、 「ゴールドプラン」、サービスの普及 学問体系、教育システムの確立	成人病＋老年病を対象とした在宅 医療	
	発展 期	2012年 ～ 地域包括ケア時代の在宅医療 （独居等を対象） 多職種協働（ 水平統合 ）となるべく 在宅時々入院（ 垂直統合 ）地域創り システム化 （行政、医師会） 研究と教育の推進・質の改善	老年症候群、 非がん緩和 ↑ 超高齢化 （85歳 ↑）の増加 Multimorbidity - Frailty - Complexity, 認知症高 齢者の増加、不安定性 ↑ 需要爆発、多死社会 対象の多様化（小児精神） 独居高齢者の増加、家族基盤脆弱、 災害 ↑、新興感染症、Dx革命	
新しい 在宅医療	2010～ 20年頃	アウトリーチ（困難事例・認知症） 災害時医療支援、新興感染症下往診 在宅急性期医療（HaH）		

2. 新たな在宅医療

そして、同じ 2010 年頃から、従来の計画的な訪問診療を核とした在宅医療の概念にあてはまらない、従来の在宅医療の制度では対応できない新しい在宅医療のニーズが生じている。

具体的には、自ら医療にアクセスできない困難事例や認知症の初期支援などのアウトリーチの増加、COVID - 19 などの新興感染症パンデミック下の往診、震災等災害時の在宅医療、欧米などで注目された Hospital at Home (HaH)、我が国の救急往診事業など、今そこにある危機に対応するための新たな在宅医療の萌芽が見られ、2020 年以降のコロナ禍以降、その必要性がますます顕在化してきている（表 2）。

表2 新たな在宅医療
Hospital at Home (HaH)～Outreach

	Hospital at Home (欧米)	救急往診事業 (日本)	災害時医療	新型コロナ感染症患者への往診	認知症の初期支援チーム	困難事例へのアウトリーチ
目 的	高齢者の入院の害の最小化、医療体制の維持	救急医療問題の解決、救急医療体制維持	被災地の医療的支援	命の危険のある患者の支援、医療供給体制の維持	認知症の人の医療とケアへのリファー	困難事例の課題解決
対 象	高齢者	一般市民・高齢者	被災者・住民	一般市民	軽度認知症、BPSD (家族基盤脆弱)	認知症、精神疾患、内科疾患 (家族基盤脆弱)
主な担い手	ホスピタリスト、HaHチーム	救急往診事業者	地域の医療機関、DMAT、JMAT	救急往診事業者、在宅医、訪問看護	かかりつけ医、在宅医、多職種	在宅医、認知症疾患医療センター
コンピテンシー	救急医療、総合診療	救急医療 (高齢者救急) 総合診療	災害時医療 (救急、在宅)	新興感染症に対する知識 (感染防御、診断、治療等)	認知症の基本的知識と技術、BPSDへの対応	認知症、精神、老年内科、在宅医療の統合された知識と技術、
要 因	供給側の要因		複 合 的			需要側の要因

これらの新たな在宅医療の領域が生まれた背景は、家族基盤の脆弱化に伴い孤立化する高齢者や認知症のある高齢者の急増、近年の災害の多発、新興感染症のパンデミック、高齢者救急の増加を背景とした救急医療問題など多岐にわたっており、その対象も主な担い手についても多様である。

ここでは、新たな在宅医療のうち、近年急速にニーズが拡大している困難事例に対するアウトリーチと 2040 年にむけてニーズが拡大する Hospital at Home についての現状と展望について述べ、最後にそれに備える医師のコンピテンシーについても考察する。

3. 困難事例と認知症のアウトリーチ

北区では 2012 年から地域包括ケアセンター（以下包括）と連携し、困難事例に対応するシステムを開発した。当時一つの包括は数件の困難事例を抱えており、認知症診療に習熟した在宅医をあんしんセンターサポート医（地方公務員に規定する非常勤職員として扱われる）に任命し、医療的な切り口からのアプローチが脆弱な包括と連携することで、困難事例の問題解決を図ろうとするシステムである。

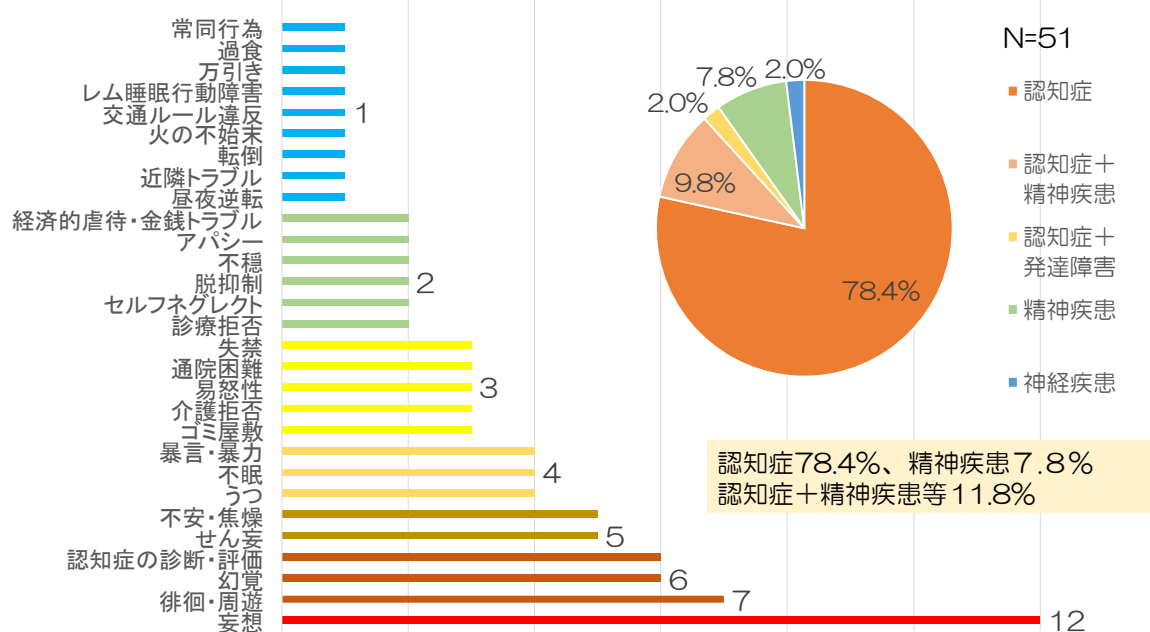
困難事例について包括とのカンファレンスで相談する他、依頼を受け、医師がアウトリー

チすることも多かった。我々が制度発足から3年間にアウトリーチした困難事例50例の基礎疾患は、認知症を主病名とする者が62%と最も多く、身体疾患が24%、精神疾患が14%であった。困難事例のアウトリーチの経験から、地域の困難事例に対処できる在宅医のコンピテンシーとしては認知症を軸に、身体疾患、精神疾患の幅広い診療・医学的管理ができるコンピテンシーが求められていることがわかった。

我々は、1999年から認知症専門外来を行い、2012年からこのようなアウトリーチを行い、2014年に認知症専門クリニックであるオレンジほっとクリニックを開設した。その翌年の2015年にオレンジほっとクリニックが東京都より北区を担当する認知症疾患医療センターの指定を受け、認知症疾患医療センターとしての活動を開始した。認知症疾患医療センターの業務の中の一つにアウトリーチが位置付けられており、その数は年々増加し、指定翌年の2016年から2023年までの間に認知症疾患医療センターからのアウトリーチは4.62倍に急増している。

認知症疾患医療センターへのアウトリーチの依頼の多くはBPSDへの対応だが、その内容は図1のように妄想、徘徊、せん妄、鬱などの精神症状のコントロールが全体の45.1%に上る。また、認知症疾患医療センターへのアウトリーチの依頼の78.4%は認知症だが、依頼者側は認知症と精神疾患の区別はつかないため、当然一定の割合で精神疾患が含まれる。その結果、精神疾患単独と合併例を合わせると約2割に及んでいた。

図1 認知症疾患医療センターからのアウトリーチ例の主訴と診断



このような困難事例は、認知症や精神疾患の増加、家族機能やソーシャルネットワークの脆弱化の中で、全国すべての地域で爆発的に増加していること、また、その主たる要因は認知症と従来の精神科医療がカバーできない（なじまない）精神疾患の爆発的増加であることは容易に想像できる。

認知症疾患医療センターなどの公的機関だけで、このような事例の増加に対応することは

困難であり、それぞれの地域で困難事例に対応できる家庭医や在宅医を育成すること、精神科のセカンダリーサービスを充実させていく必要性が高まっている。

4. Hospital at Home

Hospital at Home（以下 HaH）は、コロナ禍での病床不足、あるいは医療崩壊の切り札としてコロナ禍以降急速に欧米そして我が国において注目されている。しかし、もともと HaH の基本的な臨床モデルは、現在の入院環境に適合しない高齢患者の増加を背景に、入院の害を避けつつ適切な急性期医療を届けるための方法として 1990 年代に開発されたものである。

一般的に、高齢者の入院関連機能障害（Hospitalization-Associated Disability：以下 HAD）は入院患者の 3～4 割に発生し、歩行機能や譫妄、栄養状態の悪化（つまりサルコペニアの進行）を起こし、さらに死亡率の増加にも関係している。HaH の開発はこのような高齢者の HAD の発生を避けることがもともとの目的であった。

1990 年代後半以降、多施設での検証が行われ、特定の高齢患者にとって、安全で、効果的で、実現可能であることを示すいくつものコホート研究が発表された。同時にこの十数年の DX の進歩により、HaH はより効率的で、精度の高い急性期医療プログラムに発展してきた。そして、2020 年には、HaH プログラムについての系統的レビューが発表、さらに同年にランダム化試験の結果が発表され、特定の高齢者集団の急性期医療についての HaH の有効性は確立したと言える。

そして、コロナ禍によって DX が加速度的に進み、欧米では急性期医療の危機を救う救世主として、それぞれ国により違いがあるものの、欧米各国の医療制度に明確に位置づけられてきたのである。

現在 HaH は「通常病院で提供されるスタッフ、機器、技術、投薬、スキルを用いて、その病院ケアを自宅や老人ホームで選定された人々に届ける急性期臨床サービスで、急性期入院治療の代わりとなるサービスである。」と定義されている。この定義で重要と思われるのは、どんな急病でも診るというのではなく、在宅で急性期治療を行うことでよい結果が期待できると選定された人に対する医療であるということである。

米国では HaH のチャンネルは主に 3 つあると考えられている。一つは救急搬送された高齢患者に、救急部門で初期評価と治療を行い、スクリーニング後に自宅搬送（下り搬送）を行い、HaH を実施するものである。二つ目は、いったん入院した高齢者が、急性期病棟から HaH に移行するパターンで、まだ入院加療が必要な患者が自宅療養を希望する場合に適応される。三つ目は在宅に HaH チームが派遣され、医学的評価を行い HaH が開始されるもので、これだけが病院を経由せず HaH で急性期診療を行うものである。しかし、この三つ目のパターンは不正請求をコントロールできないなどの理由で現在のところ保険適応にはなっていない。

我が国は、コロナ禍において、欧米諸国に比べ入院ベッド数が多く、感染者数や死亡者数の抑え込みにある程度成功した。それでも、急性期医療が必要な人が医療にアクセスできなかったコロナ禍の状況、とりわけ第 4 波から第 5 波のコロナ禍の状況は、わが国の 2040 年の医療の状況を先取りして経験したといわれている。2035 年には 85 歳以上が 1,000 万人を超え、2040 年代半ばまで増え続けるとされており、その 85 歳以上高齢者の 5 割以上が要介護、

約 4 割に認知症を認め、殆ど Multimorbidity で 24 時間の医療体制がない非訪問診療患者である。

近年の家族機能の脆弱化は顕著であり、独居、高齢者の老々世帯の割合は増え続け、2021 年には 60.8%となっており、このような背景から医療に適正にアクセスできず、急性期には救急車を呼ぶ以外方法がない 85 歳以上高齢者が地域に急増、巨大な集団を形成している。救急医療の現場ではこのような高齢者の急性期対応が常態化し、最大の課題となってきたのである。

これらの高齢者の救急搬送者のほとんどが 24 時間体制の在宅医療を受けていない。これは高齢者の経済的な問題、在宅医療の供給リソースの制限から当然のことであろう。定期的な訪問と 24 時間体制をとる従来の在宅医療は、残念ながらこの問題に対して答えを示していないのである。

一方、このような高齢者の搬送は、軽症者が多く、診断名不明搬送例が増加しており、現場での専門家のトリアージが有効である。このような訪問診療を受けていない高齢患者の急性期医療のシステム化が我が国の医療の主要な課題であり、とりわけ居宅や施設など現場でのトリアージ、病院前機能の強化が重要となっている。これからの在宅医療界はここにしっかりコミットする必要がある。

現在、我が国の救急往診事業は、このような救急医療の課題を解決する突破口となる活動として注目されている。しかし、戦後の開業医が、保険診療下で往診を行い、乱診乱療をする神風医者として世論の批判を浴びたように、理念やシステム、制度の裏付けなしに救急往診事業を行うことは危険であろう。

本来 HaH は入院医療になじまない高齢者に対する解決策として考案されたプログラムであり、疾患を問わずに行うものでもなく、急性期のファーストタッチをさすものでもない。正確なアセスメントに裏付けられたプログラムとして運用されなくてはならないし、そのためには制度とシステムの裏付けが必要である。

多疾患併存状態の認知症のある高齢者が急増する一方、入院した高齢者の 29～39%に入院関連機能障害（HAD）を起こしているといわれている。HAD は今後もますます増加するであろう。誤嚥性肺炎で入院した人の 4 人に一人が、急性期の適切なリハ・栄養とケアを受けることができず、食べる機能を失っている医原的なサルコペニア嚥下障害の問題は最大の医療問題である。身体拘束は、国際的には廃用や転倒などの合併症や併存症を生み、患者の ADL や QOL を下げるだけでなく、人権を蹂躪する行為と考えられているが、我が国の一般病院に入院した認知症のある高齢者の 44.5%が何等かの身体拘束を受けており、当たり前のように実施されているという事実は忘れてはいけない。

米国の HaH は基本的に病院のプログラムであり、病院スタッフが、DX を活用して行うスタイルが定着しているが、いったん病院に搬送するチャンネルしか開発されていない。我が国の場合、救急医療の現場に急性期医療の矛盾が集中しているため、改革の方向性としては救急搬送を減らすことに意味があることから、搬送前のトリアージを行うシステムの開発やプライマリ救急の診療の充実、つまり医療職が在宅に赴いて在宅でトリアージ、診断・アセスメントを行った後、治療ケアリハビリテーション、栄養を集学的に提供するシステムが求め

られている。

幸いなことに、我が国の入院ベッドは現時点では欧米と比較するとまだゆとりがある。しかし、欧米のように病院が HaH を中心的に担うことは、我が国では人員的、技術的に困難であろう。一方、在宅医は、長年訪問診療患者の急性期の対応を 24 時間体制で行っており、非医療的環境でのトリアージやアセスメントの力量はかなり高まっている。在宅医がこの問題にコミットすることが力になることは間違いない。

一方、米国のメディケアの例でもわかるように、在宅でのアセスメントに基づいた急性期医療のプログラムをシステム化し、制度化することは、不正請求のリスクなど様々な問題があり、簡単ではない。しかし、在宅療養高齢者の初期対応の後、問題解決まで短期のプログラムに対する診療報酬をつけること、それをコントロールする基幹在宅医療センターを各市町村に必要な数設置することなど、我が国に必要なシステムを、病院がまだ機能しているうちに作り上げるのは政策立案者の責務だと考える。

5. 新しい在宅医療に向けての課題

～ 新しい在宅医療に対応できる在宅医のコンピテンシー ～

新しい在宅医療のシステム化に向けての大きな課題には、DX の遅れがある。欧米ではコロナ禍を契機に DX は次のステージに進んだが、残念ながら我が国の DX は未だ何も変わっておらず、かなり遅れをとった感が否めない。

本稿ではあえてこの点には触れずに、これら新たな在宅医療に対応する医師のコンピテンシーについて考えてみたい。これら新たな在宅医療に対応する在宅医は、従来の在宅専門医のコンピテンシー (https://www.jahcm.org/assets/images/manual_application/manual_application_kijyun_ver.1.pdf) に加えて、認知症診療や精神疾患、多疾患併存や複雑事例への対応によりウイングを広げ、一方で急性期医療や救急医療領域の強化、さらに災害医療や感染症への対応などへの対応力の強化が求められよう。

当然、一人の在宅医や一在宅医療機関がこれらすべてを担うことは困難であり、都市部ではこれら新たな在宅医療の分野においても、分化と協働が生まれるであろう。新たな在宅医療に対応できる在宅医のコンピテンシーは、すべての在宅医が習得しておくべき基礎的なコンピテンシーと、より専門的なコンピテンシーに分けて構成されるかもしれない。

6. おわりに

今回、新たな在宅医療について、その特徴を整理し、特に今後大きなターゲットに成長する 2 つの柱、困難事例へのアウトリーチと在宅急性期医療のシステム化について考察した。

これらは 2040 年に向けての大きな医療の課題の一つであり、在宅医の認知症等困難事例対応力の強化、在宅医療における DX の推進、在宅急性期プログラムの開発と制度化は重要な課題である。さらに、HaH やアウトリーチを含めた新たな在宅医療に対応する在宅医のコンピテンシーと教育・研修について検討していく必要がある。

2. かかりつけ医機能強化をどう進めるか

ファストドクター株式会社
菊池 亮

＜今後への提言＞

- ① かかりつけ医機能の強化
- ② 病院前機能の強化
- ③ 夜間休日や災害時における役割の強化
- ④ バーチャルファーストケアの普及

1. かかりつけ医機能に関する現在の状況

令和5年5月に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和5年法律第31号）が成立・公布された。同法において、医療法が改正され、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行い、令和7年4月に施行することとなり、具体的な事項について検討が進められている。

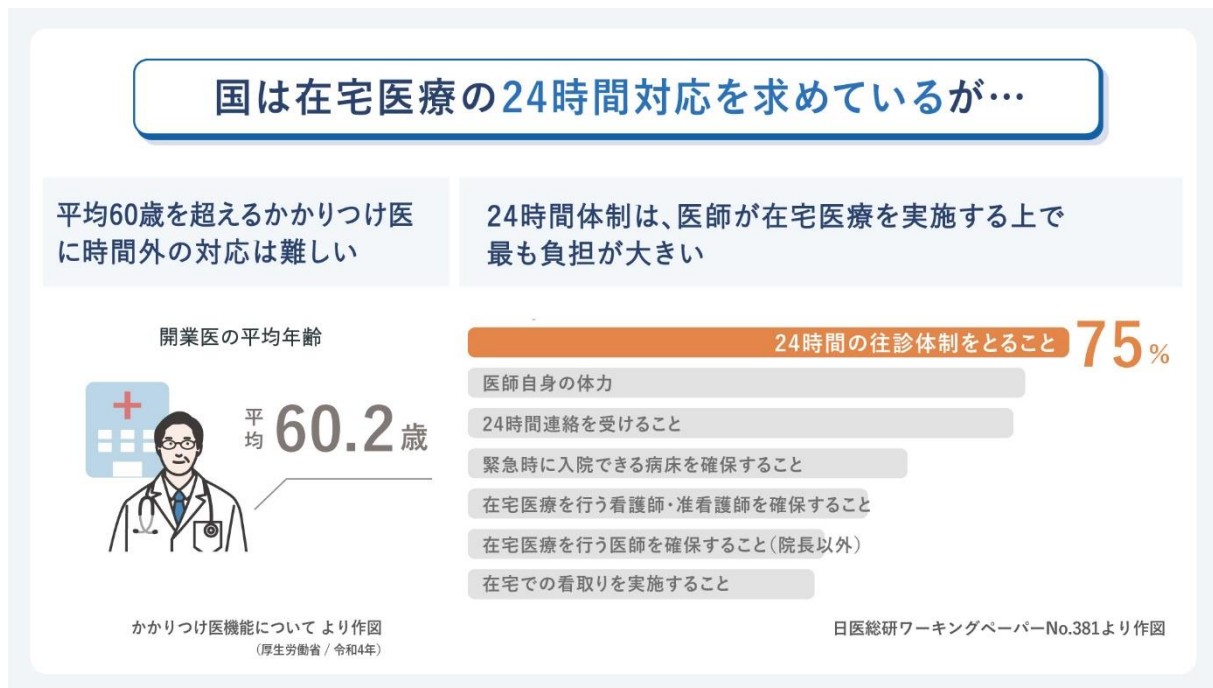
この中では、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加にどのように対応していくかに加えて、生産年齢人口が減少する中で、医療従事者の働き方改革を進めながら、地域で必要な医療提供体制をどのように確保していくかについても議論が行われている¹⁾が、改正労働基準法に基づき、2024年4月から「医師の働き方改革」として勤務医にも時間外労働の罰則付き上限規制が適用され、年960時間に制限されたことで、すでに夜間の当直体制を縮小するなど深刻な状況に陥っている病院も現れており、医療の質を維持しながら、医師の残業時間をどのように減らすかは、医療業界においては喫緊の課題となっている。

2. かかりつけ医機能を強化する際の課題

この課題を考えるうえで重要な視点は、「かかりつけ医機能をいかに強化できるか」に集約され则认为している。かかりつけ医が対応しきれない夜間・休日の医療ニーズを、大病院が受け止めてきたのが昭和・平成の医療だったが、これからは、かかりつけ医による初期対応の機能を強化し、病院に行く前に患者が適切な受診行動を取ることで、病院の負担を軽減していく必要がある。

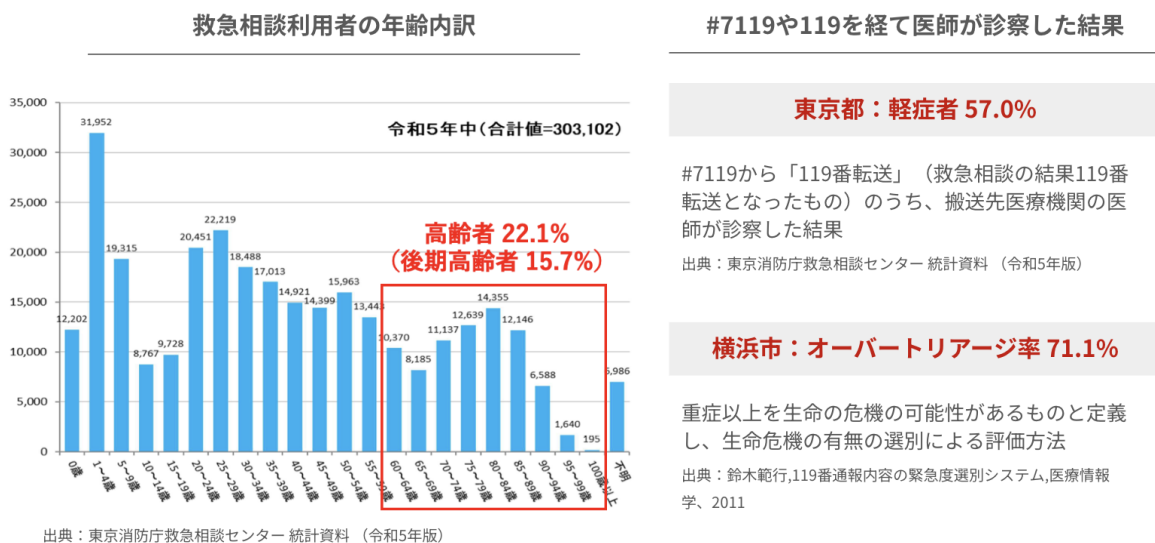
とはいえ、ハードルが高いのも事実であり、在宅医療のかかりつけ医機能の強化を阻む最大の要因は、かかりつけ医が24時間体制をとる難しさにある。日医総研が診療所の医師に対して実施した調査からは、この体制の構築・維持が障壁となっていることが分かっている（図1）。

図1 在宅医療の24時間対応における課題



なお、夜間休日等におけるかかりつけ医の補完的な役割として、救急相談ダイヤルや休日夜間診療所があるが、救急相談ダイヤルは、高齢者の利用が少ないことや、オーバートリージ（※救急車を案内した結果、入院の必要等がなかったもの）によりむしろ救急搬送を増やす結果につながっているなどの課題もある（図2）。さらに、休日夜間診療所は通院ができる患者には対応しているが、通院が困難な患者への対応が難しい側面もある。

図2 救急相談における現状



3. 新たな取り組みの提言

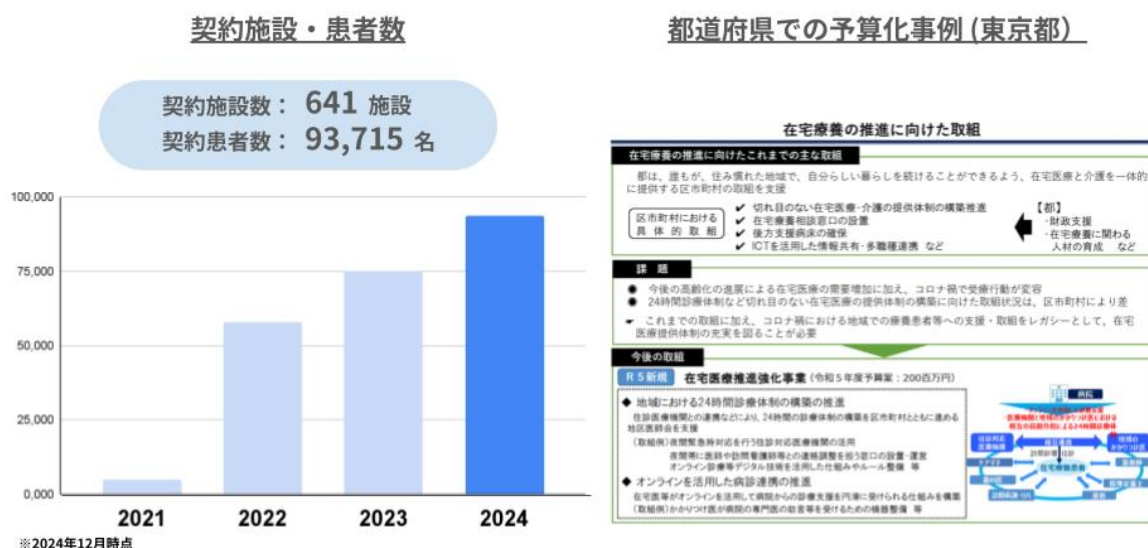
これらの課題に対して、現在、地域が持っている医療提供体制をさらに充実させるとともに、より効率的に質の高い医療を提供する観点から、以下のような一次医療提供体制の強化策の実施や更なる拡大を提案したい。

(1) かかりつけ医機能の強化について

ファストドクターは、在宅医療の24時間体制を整えることが難しい医療機関と連携することにより、限られた医師リソースをシェアリングすることで地域の在宅医療の24時間化を支援している。2025年1月時点で約650施設の医療機関と連携し、約94,000人の在宅患者を支援している。このような取り組みは、高齢者による救急搬送を減らし、病院の負担を減少させることが期待でき、東京都では、取り組みを後押しするような先進的な事業が既に開始されたところである（図3）²⁾。

都の事業は、現在手挙げた一部の医師会を対象に実施されており、ファストドクターでは2025年1月時点5区市6医師会（調布市、世田谷区、玉川、練馬区、目黒区、小金井市）と契約し支援している。事業の効果を検証しつつ、より使いやすいものへと昇華させていくことで、より広い地域で、在宅医療の24時間提供体制の構築を推進していけるものと考えている。

図3 在宅医療の24時間体制構築に向けた動き



(2) 病院前機能の強化について

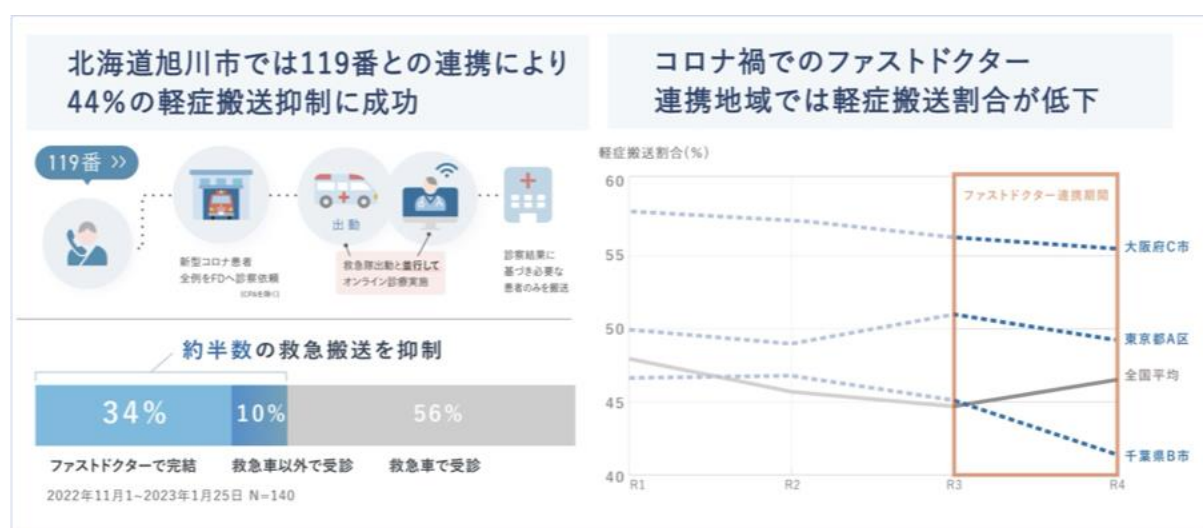
ファストドクターは、コロナ禍において119番やコロナ相談センターと連携し、オーバートリージの是正と軽症搬送の減少に貢献しており、在宅患者以外の患者を診察する病院前機能を強化しながら救急病院の負担軽減をした北海道旭川市との取り組みを紹介したい（図

4)。旭川市では、2022年11月から約3ヶ月間、119番の要請者に対しファストドクターがオンライン診療を活用して緊急度を見極める「トリアージ」を導入する実証的取り組みを行った。コロナ患者から119番への要請があった際、救急車の出動と同時にファストドクターの提携医療機関の医師がオンライン診療を行い、患者の状態や受診・搬送の必要性等について診断を行う。これによりオンライン診療のみで診察が完結するケースや、対面での受診が必要だが、救急搬送ではなく自家用車等で救急外来の受診を提案することで、結果的に軽症搬送件数を4割削減するという日本初の事例が生まれた。

上記はコロナ禍での運用であり、通常時は救急隊は救急業務規程に則り、傷病者を適切な医療機関に速やかに搬送することが原則となっている。そのため、緊急性が低い場合でも病院へ搬送しなくてはならないことも多く、軽症搬送率は例年約半数に達しているのが現状である³⁾。

こうした取り組みを通常時でも実現していくことで、病院前機能の強化による軽症搬送の減少と、病院負担の減少につながる事が期待できる。

図4 コロナ禍における旭川市での119番連携の例



(3) 夜間休日や災害時における地域医療の補完的な役割の強化について

福島市では、医師の高齢化や小児科診療所の減少を受け、夜間・休日診療所を安定的に運営していくことに課題があった。市の見解としては、2024年4月から開始される「医師の働き方改革」を見据えると、さらに小児科の輪番体制に不安が残るとのことだった。

そこで、休日診療所の運用に空白日が生じた際に、ファストドクターの提携医療機関の医師が遠隔地からオンライン診療を行うことで、医療提供体制の安定化を図るためのサポートを、2023年10月から開始した。その結果、365日の輪番体制が守られることに加え、地域の診療所医師への負担が軽減されるだけでなく、患者にはこれまで馴染みの少なかったオンライン診療を体験してもらう機会の創出につながるなどさまざまなシナジーが生まれた。これは、ファストドクターが地域の病院前機能の強化に貢献した好事例だと言える。

このように、都市圏の医療資源を活用し、医師少数地域の診療体制を支援するような取り

組みは災害時医療にも展開が可能で、2024 年 1 月に発生した令和 6 年能登半島地震においても、被災者支援として被災地の医療体制の安定化をサポートすることを目的に実施したオンライン医療相談においても同様のプラットフォームを使用した。

これらの取り組みは、平時からの体制構築を行うことで、災害時にも、より早く、より容易に支援を行うことが可能となることから、より多くの自治体での導入が検討されることを期待したい。

4. 「バーチャルファーストケア」による医師の負担軽減について

このように、患者が最初に医療相談や診療を受ける際に、対面ではなくオンラインで行うアプローチを「バーチャルファーストケア」といい、主にコロナ禍において欧米で広がった受診行動である。

この概念は、患者・医師双方にとって、より良い体験を得ることが可能である。

患者にとっては受診の必要性や救急車を呼ぶべきかなどの判断に迷う際、オンラインで速やかに医師とつながり、症状の緊急性を相談できる。また、症状によってはオンライン上で診断をつけ、迅速に薬を受け取ることも可能となる。

一方、医師にとっては、不要不急の救急搬送やウォークインでの救急外来の利用が減ることにより、重症患者の治療に専念できるだけではなく、勤務時間が短縮されるなどの負担軽減が期待でき、さらに、地理的にも時間的にも制約がないオンライン診療の活用により、医師の不足・偏在問題の解決にも寄与すると見込まれる。

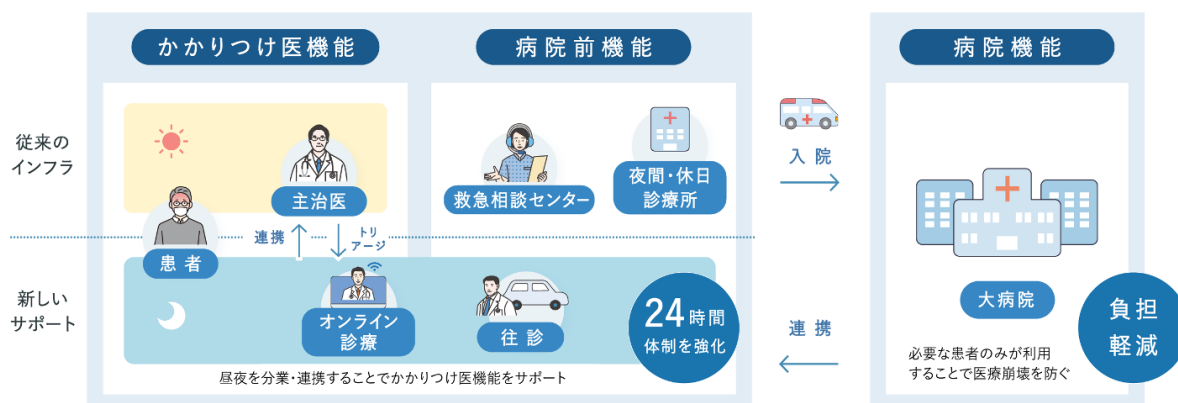
この「バーチャルファーストケア」という概念を推進することが、2040 年に迎えると予測される医療需要のピークに備えるために必要であると考えている。

5. まとめ

高齢化が急進する日本では、団塊ジュニア世代が 65 歳を迎える 2040 年に医療需要のピークが訪れると言われている。その一方で、生産労働人口は減少し、医療や介護を担うリソース不足が懸念されている。このような状況下で安定した医療提供体制を維持するために、国は「医師の働き方改革の推進」に加え、「地域医療構想の実現」「医師偏在対策」を三位一体で推し進めていくことを掲げているが、私たちは、この実現には『かかりつけ医機能、病院前機能の充実』が非常に大きな鍵になると考えている。

日中はかかりつけ医が診察を担当し、夜間・休日はファストドクターのような存在が必要に応じてオンライン診療や救急往診を行い、診療内容を主治医に共有する。このような昼夜の分業と連携によりかかりつけ医機能を強化することで、より安定的な医療提供体制を構築できると考える（図 5）。

図5 かかりつけ医機能強化及び病院前機能強化のイメージ



また、救急相談センターや休日夜間診療所においても、通院ができない患者への新しい受診手段を案内・提供できるように支援することで病院前機能を強化し、より幅広い患者層をサポートすることが可能となる。

来るべき2040年を見据え、上記のような新たな取り組みも積極的に活用しながら、関係者が共に手を携えて、必要な人を必要な医療につなぐための体制としてバーチャルファーストケアの概念を日本にも普及させていくことで、今よりもさらに充実した地域での医療提供体制を整えていくべきではないかと考えている。

【参考文献】

- 1) かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会 報告書
- 2) 令和6年度 在宅療養推進に向けた都の取組 東京都保健医療局
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/R6_1_sal
- 3) 総務省 「令和5年版 救急・救助の現況」の公表

3. 在宅医療における急性期治療・ケアへの対応について

医療法人社団プラタナス
桜新町アーバンクリニック
遠矢 純一郎

自宅や施設で暮らす要介護高齢者においては、しばしば体調の急変や転倒などの事故が発生することがある。いつ起こるかわからない急変への不安や過去に救急搬送や入退院を繰り返した経緯から、在宅医療の導入に踏み切ることが多いので、そうした急変時における対応は在宅患者とその家族にとっては最もニーズの高いものである。感染症、転倒、原疾患の急性増悪など、その理由は様々だが、昼夜を問わず生じる緊急コールや臨時往診の結果、そのまま自宅での治療を行うか、あるいは入院対応に切り替えるかを判断する必要がある。病状が軽度でその場で対応できるようなものであれば問題無いが、中等症以上の肺炎や心不全の急性増悪など、1～2週間の集中的な治療が必要となる病状の場合、本来なら病状の変化にも迅速に対応できる病院入院の環境で治療することが望ましい。

1. 入院関連機能障害

しかし悩ましいのは、入院そのものが虚弱高齢者に与えるダメージ、いわゆる「入院関連機能障害」があまりにも大きいため、こと高齢者においては、安易に入院という選択肢を選ぶべきではないという事実¹⁾である。具体的には、ベッド上安静を強いられることによるADLの低下、環境変化や体調の悪さから生じるせん妄の発生や認知機能の低下、絶食指示による嚥下障害や栄養状態の悪化など。こうした入院関連機能障害による損失が、その後の生活や予後を著しく悪化させることが様々な報告で示されている。

2. 救急医療の逼迫

一方で、救急搬送の利用も年々急増している。2022年の東京消防庁救急隊の出動件数²⁾は87.2万件（前年比12.8万件、17.2%増）と過去最多を記録しており、うち75歳以上の高齢者が全体の40%を占めていた。なおかつ搬送者の53%は軽度（入院を要さない）レベルとの結果がある。救急搬送された高齢者の95%は、在宅医療を受けていない方であるという。つまり、在宅医療未満の高齢者への地域医療やケアの問題が、すべて救急に押し付けられている状況とも言えるだろう。すでに現状でも救急体制はかなり逼迫しており、このままではコロナ禍でも露呈した通り、これから2040年に向けての後期高齢者の増大により機能不全に陥ってしまうのは必須と思われる。

3. 在宅急性期治療のプロセス

こうした入院によるダメージを回避したり、軽微な理由からの救急搬送を減らすという観点からも、在宅（施設を含む）での急性期治療が求められる。もちろん、在宅医療ですべて完

結できるわけではないので、必要に応じて入院治療の適応を見極めていかねばならない。その判断材料として、急変時の病状の重篤さの見立て（在宅医の医療対応スキル）だけではなく、ご本人の医療への意向やご家族のお気持ち（これまでの意思決定支援や家族教育の関わり）、訪問看護や訪問薬剤師、介護の体制やスキル（地域連携とそのチームワーク）など、様々な要素が影響するため、まさに在宅医や地域包括ケアの力量が試される場面である。たとえ数日間の抗生剤治療で回復しうると判断される場合でも、家族の強い意向で入院を求められることもあるし、逆に在宅のままでは救命が困難となる可能性が高いような状況でも、患者や家族から病院への搬送や入院を拒否されることもある。ここで在宅療養されている方の急変時対応について、緊急往診、在宅での診断、意思決定支援、多職種連携による在宅での治療のプロセスについて解説してみる。

4. 在宅医療でしばしば遭遇する急性疾患

- ・ 転倒・外傷

皮膚外傷、脊椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折、慢性硬膜下血腫など

- ・ 感染症

肺炎、尿路感染症、ウイルス感染症、胆道感染症、蜂窩織炎、带状疱疹など

- ・ 心不全

急性心不全、慢性心不全の急性増悪、不整脈発作、狭心発作、心筋梗塞

- ・ 呼吸不全

慢性閉塞性肺疾患や間質性肺炎の急性増悪、肺血栓塞栓症、喘息発作など

- ・ 脱水、熱中症、電解質異常、低血糖、肝性脳症

- ・ 尿閉

- ・ 下痢、嘔吐、腹痛（消化管出血、腸閉塞、閉塞性黄疸）

- ・ せん妄、脳卒中、てんかん発作

いずれもいわゆるプライマリケアの範疇でしばしば対応しているような疾患である。この他、緊急コールや臨時往診として対応する病状には、進行がんの緩和ケア（がんの痛みや呼吸苦などの諸症状への対応）や認知症の急性期（BPSD 症状）への対応、そして自宅看取りに向かう最終末期における諸症状（意識、呼吸、体動、食欲の変化に対する家族の不安など）が加わる。

在宅での病状急変に際しては、以下のようなことを検討、実施する。

- ①夜間や週末を問わず生じる緊急コールに際して、状況に応じて介護者への電話での指示や臨時往診、あるいは訪問看護や訪問薬剤師による対応などを検討する
- ②緊急往診となった場合、様々な診断ツールやポータブルな検査機器を駆使して、可能な限り在宅での診断の精度を高める

- ③診察結果から考えられる診断や緊急度、重症度の見立てに対して、在宅治療のリスクや回復の可能性を検討し、在宅治療と入院治療それぞれのメリットとデメリットを想定し、本人や家族に説明する
- ④これまでの病状から、いよいよ生命的な最終末期であることが予想される場合、積極的な治療より在宅での緩和ケア的なアプローチを優先することもある
- ⑤日々の訪問診療のなかで培われた患者本人の医療への意向や死生観、人生の価値観を反映させながら、在宅治療（あるいは看取り）か入院治療かの判断や意思決定のためのコミュニケーションを行う
- ⑥在宅での治療を選択した場合、必要な点滴や痰の吸引など薬や医療処置、投入すべきケアの必要度を見極めて、ケアマネジャーや訪問看護、訪問介護と相談しながら速やかに提供体制を整える

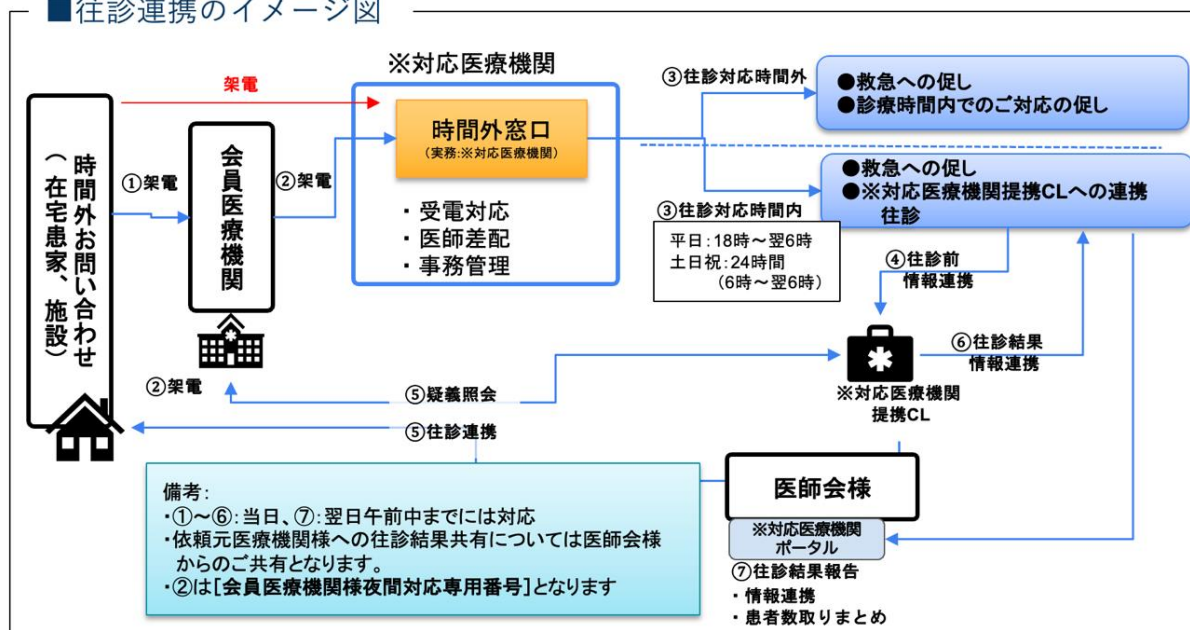
上記の実施内容からも明らかなように、在宅医療における急性期対応とは、単に急変に対して必要な医療を行うだけでは、本来の患者側のニーズに応えていることにはならない。終末期にあることの多い在宅患者においては、これまでの関わりの中で積み重ねてきたその方の意向や価値観、死生観といったナラティブな情報を元に、その急性疾患の治療に対する意思決定を迅速に行う必要がある。

5. 在宅医療の24時間対応

在宅医療のニーズの拡大とともに、さらに在宅医療の提供先を増やし、良質な在宅医の育成を進めていく必要がある。すでに首都圏では量的な面ではかなり飽和している印象もあるが、一方で患者側のニーズに応えられる良質な在宅医療が提供できているかは、不明なところが多い。特に夜間や土日祝にも緊急コールや臨時往診に対応できる体制を構築することは、ひとり医師による診療所が7割にのぼる日本においては、大変負担の掛かることである。在宅療養支援診療所の登録数がここ数年横ばいから減少傾向がみられているのは、そうした負担が少なからず影響していると思われる³⁾。

そこで東京都では、在宅医療推進強化の一環で、在宅医療の24時間診療体制推進事業を実施している⁴⁾。具体的には主にひとり開業のクリニックにおける24時間対応への負担を軽減し、在宅医療の持続可能性を高めたり、参入へのハードルを下げるのが目的と思われる。各医師会ではこの事業による補助金を利用しての対応策を検討され、医師会単位で仕組み作りが進められた。当方の所属する玉川医師会含め世田谷区では、往診専門の医療機関との契約を行い、医師会員の医療機関が担当している在宅医療患者に対する時間外の往診を委託するという体制が構築されている。これまでそれぞれの医療機関に委ねられてきた時間外対応だったが、現実是对応できていない、あるいはそれを理由に在宅医療への参入を控える医療機関も少なくなかったと思われるので、ようやくそれをバックアップする仕組みができたことは評価したい。

■往診連携のイメージ図



一方で、在宅医療における時間外対応、つまり急変時対応には、いわゆる救急医療とは異なる要素が多くある。先に述べたように、要介護高齢者にとって大きな負担となる入院を極力避けるべきということや、終末期にある状況では積極的な治療をどこまで行うのか、点滴や抗生剤投与を含む延命的な治療をどこまで行うのかといった問題があるからだ。よって時間外の急病に対して、単に医者が駆けつけられればそれでよいということではなく、これまでの本人の病状経過や今後の医療介入に対する意思を把握した上で、適時適切な対応を行わねば、本人の意向に沿わない対応になる恐れがある。そこで欠かせないのは、在宅担当医からの十分な情報提供ということになるが、今回の仕組みの中では、残念ながらそれがあまり配慮されていない。時間外に対応する医療機関との間でどうやって情報共有するのか、時間外で担当医との連絡が付かない場合に、何を元に治療方針を決めるのかという最も重要な要素が詰められていないことは、大きな課題とを感じる。

このことは、時間外対応のスキームだけではなく、訪問看護や薬局、介護事業所、そして地域の急性期病院などとの連携においても同様の課題がある。情報共有を如何に円滑かつ十分に行うかは、急変時のみならず、日常診療やケアのなかでも常に求められることである。そのため、地域毎に ICT を利用した情報共有システムが導入されている。具体的には Medical care station やカナミックなどがそれに当たる。しかしながらこれらのシステムは、電子カルテや介護システムとの連動性がないため、電子カルテに記録される日々の診療記録やサマリーが活用できない。せっかくの DX 化において、効率的省力的に情報共有できなければ、かえって手間を増やすばかりで活用には至りにくいだろう。

もうひとつの課題として、補助金を利用しての時間外対応専門医療機関に委託するというスキームには、補助金がいつまで続くのかわからないという懸念がある。そもそも顔の見え

ない外部の医療機関に、自分の患者の緊急時対応のみを任せるという経験のない方策には、どうしても不安が拭えない。このやり方が果たしてうまく機能するかどうかを、一定の期間後に評価して、その稼働数や臨時対応結果、利用した医師や患者側の満足度などを調査して再検討する必要があるだろう。

この他、在宅医療における急性期疾患への対応には、以下のような様々な方策が考えられる。

- (1) 多職種連携による役割分担、タスクシフト
- (2) 医療介護 DX 化による情報共有の徹底
- (3) テクノロジーの活用 モニタリングやセンサーデバイス
- (4) ACP の普及

(1) 多職種連携による役割分担、タスクシフト

在宅での急性期ケアを効果的に行うためには、多職種による包括的なアプローチが不可欠である。各職種の現在の役割について以下に挙げてみる。なかでも看護師の役割は大きく、かつマンパワーもあるので、訪問看護師がより自律的に活動できるような権限や可能な医行為の拡大が必要であろう。

1) 医師の役割

- ・急性疾患や現病の急性増悪に対する診断と治療方針の決定（入院対応へのトリアージ）
- ・必要時、臨時処方箋の発行と薬物治療の評価
- ・他職種への指示と連携（主に訪問看護への特別訪問看護指示書の発行）
- ・緊急時の判断と対応

2) 看護師の役割

- ・急性期における臨時の状態観察と評価
- ・医療処置（点滴、創傷ケアなど）の実施
- ・患者・家族への教育と支援
- ・医師への報告と連携

3) 薬剤師の役割

- ・臨時薬剤の調剤と服薬指導
- ・副作用のモニタリングと報告
- ・在宅での訪問服薬指導の提案と実施

4) 理学療法士・作業療法士の役割

- ・急性期におけるリハビリテーションプログラムの立案と実施
- ・容体変化における日常生活動作（ADL）の評価
- ・転倒予防や環境調整の提案

5) 管理栄養士の役割

- ・急性期における栄養状態の評価と栄養指導
- ・適切な栄養補助食品の選択と管理

6) 医療ソーシャルワーカーの役割

- ・社会資源の活用支援
- ・患者・家族の心理社会的支援

7) ケアマネジャーの役割

- ・急性期における自宅療養を支援する介護サービス導入の支援
- ・吸引器やポータブルトイレ、褥瘡防止マットレスなどの導入支援

(2) 医療介護 DX 化による情報共有の徹底

急性疾患対応時にこれらの多職種が効果的に連携するためには、十分な情報共有が不可欠である。在宅医療においては、地域の様々な事業所間で行わねばならず、ICT の活用による効率化が必要である。以下の点に留意して、お互いにチームとして動いていることを意識した情報共有を行う。

- 1) 密なコミュニケーションによる現状把握と治療方針の統一：刻々と変化する急性期患者の病状や治療方針について相互に報告し、各職種の視点から意見を出し合うこと。
- 2) ICT 地域連携システムの活用：専用のアプリケーションを用いて、患者情報の共有、報告や相談、指示などが可能となる。電話と比べると、互いの時間や業務に支障を来しにくい。
- 3) 明確な役割分担と連絡体制の構築：各職種の役割を明確にし、緊急時の連絡体制を整備する。その際、LINE WORKS や Google chat などセキュアなチャットアプリの活用や、ビデオ会議システムを用いた遠隔カンファレンスなどのリアルタイムコミュニケーションツールを導入できると、より迅速な連携体制が構築出来る。
- 4) 訪問看護ステーション、訪問薬局との密接な連携：24 時間対応可能な訪問看護ステーションや訪問薬局と連携することで、急変時の対応力を高めることができる。

(3) テクノロジーの活用 モニタリングやセンサーデバイス

コロナ禍以降、米国などで普及しつつある Hospital at Home⁵⁾、いわゆる在宅入院においては、開始とともにバイタルサインの遠隔モニタリング機器の設置、電話・ビデオ通話を常時可能とするためのタブレットの貸与等を行い、可能な限り省力化と安全の両立を図るという。数日間の急性期の変化をモニタリングできることで、短い訪問時間以外に生じうるトラブルを察知することが可能となるだろう。

(4) ACP の普及

在宅での急性期ケアにおいては、医療的判断だけでなく、倫理的な配慮と患者・家族の意思決定支援が極めて重要となる。高齢者や終末期患者が多い在宅医療では、治療の継続や中

止、延命措置の是非など、難しい判断を迫られることが少なくないため、平時から将来の医療・ケアについて前もって考え、関係者と繰り返し話し合うプロセスである ACP を行うことは、在宅医療の日常的なルーティンワークのひとつでもある。本人の意思決定能力が不十分な場合の代理意思決定者の選定も含めて、予め話し合いを重ねておく必要がある。病状の重篤さによっては、治療の差し控えや中止、緩和ケア移行する倫理的判断も必要となる。

6. 結論と提言

(1) 在宅急性期治療・ケアをさらに高めるためのタスクシフトや人材育成などの施策と法的な整備を求める

在宅医療における急性期疾患への対応は、高齢化社会の進展と医療技術の発展に伴い、ますます重要性を増している。本論文では、在宅での急性期ケアの特徴、実際の治療とケアの内容、24 時間対応体制の構築、多職種連携の重要性とタスクシフト、テクノロジーの活用、倫理的配慮と意思決定支援について包括的に論じてみた。在宅での急性期ケアの成功には、これらの要素が不可欠であり、ひとつひとつの充実を図ることで、在宅という環境の中でも、質の高い急性期ケアを持続的に提供することが可能となるだろう。一方で、人材育成、制度面での整備、テクノロジーの更なる活用、研究の推進など、今後取り組むべき課題も多く存在する。これらの課題に対して、医療者、研究者、政策立案者、そして患者・家族を含む社会全体が協力して取り組んでいく必要がある。

(2) 地域のことは地域でまかなうことを基本にすべき

在宅での急性期ケアの発展は、単に医療の場を病院から自宅に移すだけではない。それは、患者の尊厳や生活の質を最大限に尊重しながら、最適な医療を提供するという、新しい医療のパラダイムを示すものである。今後、テクノロジーの進歩と人間の温かみのあるケアを融合させながら、患者中心の在宅急性期ケアモデルを確立していくことが求められている。この分野の更なる発展により、より多くの患者が住み慣れた環境で安心して療養生活を送ることができるようになり、同時に医療資源の効率的な活用にもつながることが期待される。さらには今後も繰り返されるであろう感染症のパンデミックや災害医療にも、地域で培われた在宅医療とケアのチームが、その機動性や連携力により、医療危機を回避することに寄与することは、コロナ禍での経験でも実感している。よって本来は、地域の在宅急性期医療体制は、外部委託ではなく、地域で解決する方策を地域の医師会や自治体が協力して構築しておくべきである。

在宅医療における急性期ケアの充実、これからの社会が直面する医療・介護の課題に対する重要な解決策の一つとなるだろう。今後も継続的な研究と実践を通じて、在宅での急性期ケアの質を向上させ、患者とその家族の QOL 向上に貢献していくことが、我々地域医療を担う医療者に課せられた重要な使命である。

【参考文献】

- 1) Loyd C, Markland AD, Zhang Y, Fowler M, Harper S, Wright NC, Carter CS, Buford TW, Smith CH, Kennedy R, Brown CJ. Prevalence of Hospital-Associated Disability in Older Adults: A Meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2020 Apr;21(4):455-461
- 2) 令和4年度 救急活動の現況 東京消防庁
<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/hp-kyuukanka/katudojitai/r4/index.html>
- 3) 在宅医療の現状について 第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ 令和3年10月13日
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000842258.pdf>
- 4) 令和6年度 在宅療養推進に向けた都の取組 東京都保健医療局
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/R6_1_sal
- 5) History | Hospital at Home
<https://www.hospitalathome.org/about-us/history.php>
Home Hospital | Mass General Brigham
<https://www.massgeneralbrigham.org/en/patient-care/services-and-specialties/healthcare-at-home/home-hospital>
- 6) 厚生労働省：第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ R4/9/28 資料より
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000994910.pdf>

IV. 今後検討すべきさまざまな形の在宅医療

1. 介護老人福祉施設はじめ様々な高齢者施設の医療提供体制について

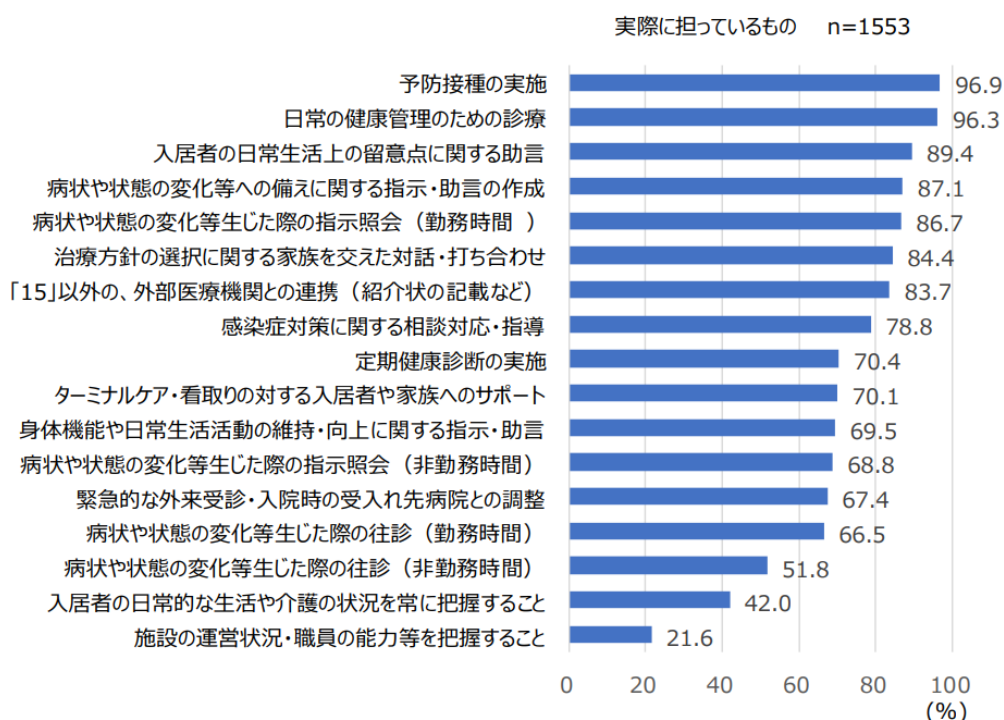
東京都医師会理事

西田 伸一

1. 介護老人福祉施設の医療提供制度について

東京都では今後 85 歳以上の高齢者人口が急増する。核家族化が進み単身世帯が増える中で、平成 27 年に要介護高齢者の受け皿である介護老人福祉施設（以下特養）が要介護 3 以上の方の終の棲家として位置づけられた。重度の要介護者には当然多くの医療ニーズがあり、当事者や家族の想いも多様化している。このような状況のなか、医療機関を受診することが困難な入所者の医療について配置医師の役割と負担は増大している（図 1）。

図 1 配置医師の役割

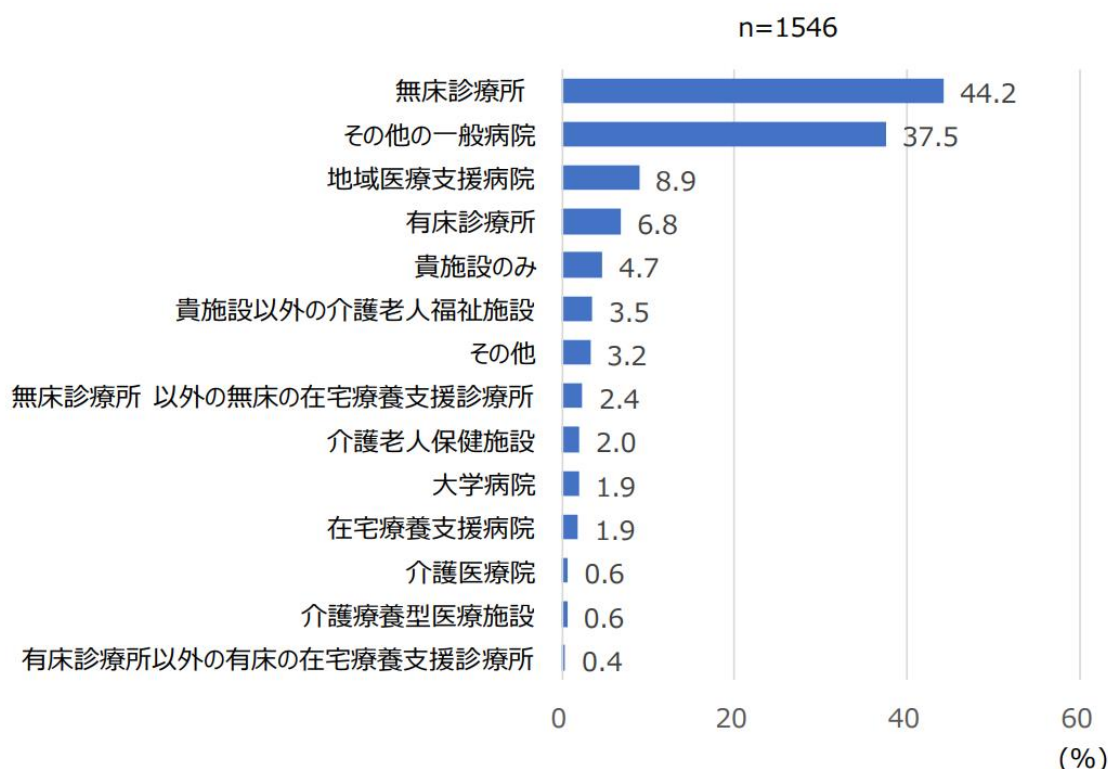


一方で配置医師による診察等の医療行為については検査・処方・処置以外の報酬上の評価（初診料、再診料、訪問診療料）がない。昭和 38 年の特別養護老人ホームの老人福祉法制定以後、配置医師は「入所者に対し健康管理及び療養上の指導を行う医師」とであると定義さ

れたまま、その役割だけが大きく変貌している。しかし介護保険上の主治医の役割は担わされており意見書作成は依頼される。多くの医療ニーズに配置医師が充分対応できない施設では看取り体制も進まない。

平成 28 年厚労省は、全国の特養 8,237 施設のうち 3,000 施設を抽出して行った調査「特別養護老人ホームにおける良質なケアのあり方に関する調査研究事業報告書」¹⁾によると、配置医師の主たる勤務先について、当該施設専従医師が 4.7%、一般無床診療所医師は 44.2%、病院医師が 50.2%であり、一方で在宅医療専門医療機関は 2.4%にすぎない（図 2）。

図 2 配置医師の主たる所属先



配置医師の半数は病院医師であり、24 時間の常時の連絡体制や往診や施設での看取りが容易ではなく、施設での心肺停止者を病院に搬送して死亡診断する事例も多い。

一般的に入所者の多い特養での診療スタイルの多くは、施設スタッフが発熱者等受診の必要な入所者をピックアップしておいて医師の出務時に診察を仰ぐという方法である。従って病状の安定している方はあまり診る機会がなく、ポリファーマシーの見直しも十分に行われていない可能性がある。

古いデータであるが、平成 22 年に行った都内の入所系介護施設に関する東京都医師会調査²⁾では、看取り可能な特養の 74.7%で配置医師との 24 時間連絡体制があり、68.3%で緊急時対応可能な体制を整えており、56.3%が外部の訪問診療を受け入れていた。これら三点につき看取り不可能とする施設と比較し有意差（有意水準 1%以下）が認められた。

また、特養の 83.9%が看護師のオンコール体制をとっており、全国調査³⁾では平成 14 年に 54.8%であったオンコール体制が、平成 20 年の調査⁴⁾では 75.9%まで増加しており、重

度化に伴い増えているものと考えられる。配置医師との24時間連絡体制は平成14年全国調査の39.5%に対し、今回の調査結果は64.4%であった。看取り可能な特養は74%であり、過去1年間の看取り件数は平均7.0±6.5件であった。

上述したように、特養の医療について、現時点では平均的に良質な医療が提供されているとは考えにくい。特養の医療事情は配置医師やスタッフの熱意、施設の運営方針に大きく左右されているのが現状だと思われる。今後どこの特養に入所しても安心して良質な医療を享受できるよう、施設の医療レベルの平均化が必要と考える。

多くの方は通院困難であるため、配置医師に主治医としての役割を明確化することが必要である。当然主治医制になれば相応の責任が生じる。時間外でも適切な指示を出せる、或は必要に応じて往診できるような24時間体制も確保できる。ポリファーマシーの問題にも取り組める。現状、特養ではこれらの医療行為すべてが給与として包括的に施設から支払われる。配置医師に主治医機能を求めるのであれば、24時間体制で医療を提供している訪問診療機能を持った医師が訪問診療として担うのが本来的であり効率的であると思われる。利用者の病状悪化時に施設から医師へ電話連絡する際に、利用者の名前を言えば担当医がすぐわかるような状況が望ましい。契約医師が巡回診療時に問題のある患者だけを診る体制だと、夜間に利用者が急変した際、契約医師に電話で報告しても医師は患者を理解していないので適切な指示を行うことができず、救急対応になる可能性が高く、理想的な生活の場での療養は叶えられない。今後さらに増加する特養入所のニーズと、重度化に対する医療ニーズ、両者に対し潤沢に医療を供給するためには、医療は医療保険で担えるシステムにしなければ、医療の質が確保できない。特養で入所者が穏やかに余生を暮せるためには良質な「生活を支える医療」が必要である。本課題を医療費の増大を最小限に抑えて実現する施策の確立が急務である。今回の診療報酬改定では、日頃入所者の健康管理や定期処方を行っている配置医師ではなく、後方支援病院である協力医療機関に加算が付けられた。したがって病状悪化時に病院で診る機会が増えることも想像に難くない。今回の新型コロナウイルス感染症蔓延時には、入所者数が多く医療が手薄になりがちな特養において、対応に苦慮したのは記憶に新しいところである。クラスターが発生して二次医療に多大な負荷をかけた。特養における一次医療の充実が可能となる制度設計を切に望む。

特養が新設される場合は地区行政から地区医師会に推薦願が出され、大規模な施設の場合は地域医療を担う医療機関数件が連携して主治医を担うことが望ましいと思われる。

2. 他の入所系介護施設の医療について

わが国は介護施設の類型が多い。介護老人保健施設においては医療費が包括となるため、抗パーキンソン病薬など高額な薬剤の処方が困難である。様々な医療ニーズを持った高齢者が安心して地域のリハビリ施設を利用できるよう、医療については通常の診療報酬の算定を可能とするべきである。

また、認知症グループホームでは訪問看護が契約制であるため、看護師の臨時対応が困難な施設が多い。訪問診療と連携できるよう、介護保険での訪問看護とする必要もあろう。

現在東京都は特養のみならずサービス付き高齢者住宅の増設を促している。サービス付き高齢者住宅や介護付有料老人ホームでは生活の場での訪問診療が提供される。しかし、施設の所在地外の在宅医療専門医療機関が関与していることも多く、中には施設の訪問診療に特化した営利目的の医療機関もあり医療の質が懸念される。また地域に根差していないため、今回のような感染症パンデミックにおいて地域と連携が図れず対応に苦慮する事態を生じる。さらにサービス付き高齢者住宅や住居型有料老人ホーム、あるいは近年やはり急増している「医療施設型ホスピス」と言われる施設においては、医療・介護サービスが外付けとなるため、では介護サービスが外付けとなるため、過剰なサービスを提供するいわゆる「囲い込みモデル」について現在厚労省が問題視している。

今後様々な類型の施設医療の在り方に関する詳細な検討が必要である。特に施設医療のニーズが今後ますます高まる都心部において、特養の配置医師の役割や老健の包括医療に関する課題については、継続的な検討が必要である。

【参考文献】

- 1) 平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
特別養護老人ホームにおける良質なケアのあり方に関する調査研究事業報告書
平成 29 (2017) 年 3 月
- 2) 西田伸一、玉木一弘他：東京都における介護施設の医療提供体制に関する調査
日本医師会雑誌 2012 ; 141 : 1760－1764
- 3) 一般財団法人医療経済研究機構：特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究 2002 年
- 4) 第 1 回特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会：特別養護老人ホームにおける医療的ケアに関する実態調査 2008 年

2. 眼科在宅医療について

東京都医師会理事
佐々木 聡

1. はじめに

昭和 100 年にあたる 2025 年は、団塊の世代の約 800 万人が後期高齢者となり、日本が本格的な超高齢化社会に突入する医療・介護における節目とされており、今後は医療・介護の複合ニーズを抱えた高齢者の増加、人口減少とそれに伴う医療・介護の人材不足など、様々な課題が待ち受けている。

特に高齢者においては複数の慢性疾患の併存が問題となるが、それは内科的疾患や筋・骨格系の疾患、認知機能の低下など全身的な疾患だけでなく、視覚・聴覚といった感覚器においても例外ではない。

また、高齢化により通院困難となった患者に対する在宅医療の重要性が高まっている一方で、眼科や耳鼻科などの診療科については在宅医療の必要性は認識はされているものの、在宅医療を論じる場で取り上げられることは少ない。

そこで眼科在宅医療についてのこれまでの取り組みや課題、その対応の一つとして東京都在宅医療推進強化事業において進めている眼科在宅医療の推進について報告する。

2. 眼科医療の特性

ヒトは知覚情報の約 8 割を視覚から得ていると言われており、生涯に渡って良好な視機能を維持することが重要である。一方で、緑内障をはじめとする重篤な視機能障害を来す眼疾患は、必ずしも痛みやかすみなどの自覚症状を呈することなく進行することも少なくない。

実際、最近の「視覚障害認定の全国疫学調査」¹⁾によれば、視覚障害者の割合は、60～69 歳が 15.3%、70～79 歳が 28.2%、80～89 歳が 29.6%と高齢者になる程多くなり、また原因疾患の第 1 位は緑内障 (40.7%)、第 2 位が網膜色素変性症 (13.0%)、第 3 位が糖尿病網膜症

(10.2%) と、圧倒的に緑内障の割合が高いことがわかり、自覚症状に頼ることなく、定期的な眼科検診を受けることの重要性が指摘されている。

これらの眼疾患に対して、眼科では屈折検査・矯正視力検査・角膜曲率半径計測・精密眼圧測定・細隙灯顕微鏡検査・精密眼底検査・眼底カメラ撮影・視野検査・眼底三次元画像解析をはじめとする様々な生体検査を行い、診断を行っている。

そのためには、様々な検査機器を購入する設備コスト・検査を行う ORT（視能訓練士）などの人的コスト・検査に要する時間など多くの負担がかかるが、必ずしもそれに見合う十分な診療報酬が担保されていない。令和 6 年度診療報酬改定では内科において糖尿病・高血圧・脂質異常症などの生活習慣病が特定疾患療養管理料から外され問題となったが、そもそも眼科においては緑内障や糖尿病網膜症などに対し、指導料・管理料の算定が認められないことが問題であると思われる。

3. 眼科在宅医療に対するこれまでの取り組み

日本には、学術団体である公益財団法人 日本眼科学会（会員数約 16,000 名）および医療団体である公益社団法人 日本眼科医会（会員数約 15,000 名）があり、それぞれが密接に連携し、日本の眼科医療の実践・向上にあたっている。

その日本眼科医会では、2010 年（平成 22 年）に診療・介護報酬検討委員会を設置し、また 2012 年度（平成 24 年）からは全国的眼科医会の在宅医療担当者による介護・在宅医療担当理事連絡会を開催するなど、早くから眼科における在宅医療・介護保険に取り組んできた。日本眼科医会が毎月発行している会報「日本の眼科」には、2011 年 7 月号の「なぜ、いま、介護・在宅医療なのか」に始まり、100 回以上にわたり「介護・在宅医療だより」が連載され、在宅医療の診療報酬・介護保険制度・地域包括ケアシステム・多職種との連携・眼科在宅医療の現状と課題など、様々な話題が取り上げられ、その集大成として、2020 年 2 月に「眼科在宅診療マニュアル ～在宅医療を頼まれた時に困らないために～」²⁾ が発行され、眼科医会全会員向けに配布された。

学会活動を見てみると、日本最大の眼科学会の一つである「日本臨床眼科学会」のインストラクションコースとして、眼科在宅医療の講演が行われてきた。

- ・2015 年 10 月 23 日 第 69 回日本臨床眼科学会 インストラクションコース
「今こそ在宅患者に必要な眼科医療を届けよう」
- ・2018 年 10 月 12 日 第 72 回日本臨床眼科学会 インストラクションコース
「眼科在宅医療のお悩み解消します」
- ・2019 年 10 月 24 日 第 73 回日本臨床眼科学会 インストラクションコース
「眼科在宅医療が開業の必要条件！！」
- ・2020 年 10 月 16 日 第 74 回日本臨床眼科学会 インストラクションコース
「訪問眼科はじめます～簡単！在宅マニュアル活用術～」
- ・2021 年 10 月 28 日 第 75 回日本臨床眼科学会 インストラクションコース
「ウイズコロナ・ポストコロナの眼科在宅医療」

東京都においては、公益社団法人 東京都眼科医会に「在宅医療検討委員会」が設置されており、年に 4 回発行される東京都眼科医会報には「私の在宅医療体験記」として、東京都において眼科在宅医療を実践されている眼科医からの報告が掲載されている。

4. 眼科在宅医療の課題

上述のように、眼科在宅医療を推進するための取り組みが行われている一方で、眼科在宅医療の経験があるかどうかの調査によれば、経験ありが 50～60%、経験なしが 40～50%程度となっており、実際に眼科在宅医療を行っている眼科医は多くはない。^{3) 4) 5)}

その理由として、

- (1) 眼科在宅医療の依頼（需要）がない。
- (2) 在宅では十分な検査や治療ができない。

- (3) 十分な診療報酬が得られない。
 - (4) 眼科在宅医療を行う時間や体力がない。
- などが挙げられている。

(1) 眼科在宅医療の依頼（需要）がない

眼科在宅医療を实践されている荒川区医師会の太田誠一郎先生によると、訪問・往診を行った患者 103 名のきっかけは、外来からの継続が 47 名、主治医・ケアマネからの紹介が 43 名、家族からの相談が 13 名であったとのこと。太田先生は地域での「多職種連携勉強会」に参加されており、主治医・ケアマネ等との顔の見える関係が出来ていることが依頼が多い理由であろうとのことであった。

東京都眼科医会の実態調査⁴⁾では、眼科在宅医療の依頼はケアマネジャーからが 44 件、医師会を通じてが 14 件、他科医師からが 14 件、訪問看護師からが 4 件などで、ケアマネジャーからの依頼が多かった。一方で、ケアマネジャーや訪問看護師などの在宅医療関係者に眼科医側の情報が十分に伝わっていないことも指摘されている。

(2) 在宅では十分な検査や治療ができない

先に述べたように、眼科においては様々な検査機器を用いた生体検査を行う訳であるが、最近では屈折検査・前眼部検査・眼圧測定・眼底検査・OCT 検査などのポータブル検査機器が充実してきており、在宅医療現場であってもある程度の検査・診察を行うことができるようにはなっている。

問題は、これらの検査機器を購入・維持する費用、検査に要する手間と時間、次に述べるように、それに見合った診療報酬が得られないことである。

(3) 十分な診療報酬が得られない

(4) 眼科在宅医療を行う時間や体力がない

一般的な眼科外来診療を考えてみると、通常初診で一通りの検査を行い投薬を行うと約 900 点、再診だと約 500 点となる。

これが往診だとポータブル検査機器をフル装備して初診で約 1,500 点、再診で約 1,100 点、必要最小限の装備だと初診で約 1,200 点、再診で約 1,000 点となる。しかし在宅で検査を行う場合は、外来用とは別にポータブル検査機器を揃えなければならない。

なお、眼科においては、在宅主治医からの依頼がなければ単独では訪問診療料は算定できず、また管理料・指導料なども算定できない。

外来診療の場合 1 時間で 10 名程度の検査・診察が出来るが、在宅医療で検査も行くと 1 時間で 1~2 名がやっとであり、また現時点では眼科在宅医療の件数はそう多くはない。

以上のように、内科系の訪問診療の診療報酬が 1 人あたり約 3,000~8,000 点/月と比べると、眼科在宅医療で得られる報酬は格段に低く、時間と手間と費用に見合った診療報酬が得られないことが問題である。

眼 科	外 来		在 宅				
	初診	再診	初診※1	初診※2	再診※1	再診※2	
初診料	291		291	291			
再診料		75			75	75	
往診料			720	720	720	720	
訪問診療料(1)2			884	884	884	884	
矯正視力検査	69	69	69				
屈折検査	69		69				
角膜曲率半径	84		84				
精密眼圧測定	82	82	82		82		
細隙灯顕微鏡検査	48	48	48	48	48	48	
精密眼底検査	112	112	112	112	112	112	
眼底カメラ撮影	58	58	58		58		
処方箋料	60	60	60	60	60	60	
合 計	873	504	1,593	1,231	1,155	1,015	往 診
			1,757	1,395	1,319	1,179	訪 問

※1 検査機器をフル装備した場合

※2 必要最小限の検査機器の場合

5. これからの眼科医療について

以上に述べてきたように、これからの超高齢化社会における眼科医療の課題としては、

- ・眼科在宅医療のきっかけに「外来からの継続」が多いことが示すように、今後は高齢化により外来通院が困難となる患者への対応を考えなければならないこと。
- ・重篤な眼疾患には症状や所見を示さないものが少なくないことから、患者本人だけでなく主治医・訪問看護師・ケアマネ・家族など関係者に対する眼疾患に関する更なる周知が必要であること。
- ・眼科医側も眼科在宅医療への対応を進めると共に、地域の多職種との連携・情報共有を進める必要があること。
- ・一方で、眼科在宅医療においては、在宅での眼科検査の手間や費用、それに見合う診療報酬が得られないこと。

などが挙げられる。

通院困難者への対応は、在宅医療だけでなく、オンライン診療、通院サポートによる外来診療など、患者の状態や疾患、地域の状況などを考慮し、様々な診療形態を組み合わせる行うことが考えられる。

今回の東京都在宅医療推進強化事業において「地域における24時間診療体制の構築の推進」をベースに「医療DXの推進・デジタル技術を活用した取組」が補助対象となったことから、台東区浅草医師会・下谷医師会にて眼科在宅医療の推進を提案し、計画を進めている。

（１）眼科医が行う眼科在宅医療

眼科在宅医療においては、在宅現場で用いる眼科ポータブル機器の購入・維持費用が捻出できないことが問題となっている。そこで、眼科ポータブル機器を医師会で購入し、眼科医に貸与し共同利用する取り組みを提案した。もちろん「医療 DX の推進・デジタル技術を活用した取組」であるため、ポータブルスリットランプ・スマートフォン一体型無散瞳眼底カメラ・アイケア手持眼圧計とも、得られた画像・検査データをデジタル保存・転送できるものとした。

眼科医は在宅医療の依頼があった場合、医師会からこれらのポータブル機器を借り、自らが眼科在宅医療を行うだけでなく、ORT（視能訓練士）を在宅現場に派遣し検査を行い、得られた画像・検査データを判断した上で在宅医療に出向くもしくはオンライン診療で対応する、という方法が考えられる。

（２）眼科医と在宅医・訪問看護師との連携

もう一つは、iPhone に前眼部観察アタッチメントを組み合わせた Smart Eye Camera（以下 SEC）⁶⁾ を医師会で購入し、在宅医に配布・貸与するというものである。

在宅医は、必要に応じ SEC で撮影した前眼部画像を眼科医に送り、眼科医は送られた画像を見て、在宅医に指示を出す・自身が在宅医療に向かう、などの判断を行うものである。SEC にはクラウド型の画像共有アプリケーションが備わっているが、台東区においては既に普及している MCS を利用し画像と情報共有を行うこととした。

なお、現時点では眼科医が画像から診断を行っても診療報酬が発生しないことから、事業費の中から謝金を支払うことにしている。

また、SEC 開発元の OUI Inc. では AI を用いた眼科画像診断の研究を進めており、将来的には眼科専門医を煩わせることなく、AI が画像診断を行い、必要に応じ眼科専門医に繋げる、というスキームが出来るようになるかもしれない。

様々な課題はあるが、今後は眼科医と主治医、訪問看護師・ケアマネジャーなどの多職種が連携し、在宅医療・オンライン診療など様々な診療形態を組み合わせ、通院困難となった患者を支え続けなければならない。そのために必要な取り組みを進めて行きたいと考えている。

【参考文献】

- 1) A nationwide survey of newly certified visually impaired individuals in Japan for the fiscal year 2019: impact of the revision of criteria for visual impairment certification Japanese Journal of Ophthalmology (2023) 67:346-352
- 2) 眼科在宅診療マニュアル ～在宅医療を頼まれた時に困らないために～
2020 年 02 月 20 日
公益社団法人 日本眼科医会 社会保険
診療・介護報酬検討委員会編

- 3) 介護・在宅医療だより 30 在宅医療実態調査 ―全国各地区調査比較検討―
日本の眼科 85:7 号 (2014) 1040
- 4) 介護・在宅医療だより 37 東京ブロック在宅医療実態調査
日本の眼科 86:1 号 (2015) 72
- 5) 介護・在宅医療だより 98 ～はじめの一步～
日本の眼科 91:1 号 (2020) 89
- 6) Smart Eye Camera
OUI Inc.
<https://ouiinc.jp/product/>

3. 医療的ケア児への小児在宅医療

さいわいこどもクリニック 顧問
東京都医師会 在宅医療委員会 小児在宅医療部会 委員長
宮田 章子

全国の医療的ケア児はこの15年で約2倍の2万人強まで増加し、地域の医療福祉体制の整備が急がれている。住んでいる地域に関係なく、医療的ケア児とその家族が適切な支援を受けられるようにという理念の元、令和3年9月「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（医療的ケア児支援法）」が施行された。この法律では、「医療的ケア児及びその家族に対する支援は、医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関及び民間団体は相互の緊密な連携の下に、切れ目なく行う」ことを基本理念として国、地方公共団体、学校設置者等の責務を規定しているが、体制の構築はまだ十分ではない。高齢者の在宅支援は介護保険の根拠法の下で運営され、システム化されているが、小児在宅医療体制は根拠法も複雑で、在宅する小児は医療的ケア児がほとんどを占める。在宅医療として、成人とひとくくりには出来ない施策上の課題も多く、成人の在宅医療の中で議論をするには限界があるため、小児に特化した在宅医療について検討する部門の存在が必要ということで、令和4年度より、東京都医師会 在宅医療協議会（現 在宅医療委員会）に小児在宅医療部会が発足した。同年6月14日（火）18:00～第1回会議を開催し、部会としての方向性と活動内容を議論した。初年度は年度途中の開始であったが、今後多くの小児在宅医療資源を確保するため、全都的な対策について検討する必要がある、基礎データとして都内の小児在宅医療の現状について、下記アンケート調査を実施することとした。

1. 医療的ケア児・者への医療提供体制に関するアンケートの実施

（1）調査対象

東京都内で「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料」を算定する医療機関（病院を除く2,702ヵ所（令和4年9月時点））

※関東信越厚生局の公表データより抽出。Google フォームによる回答とした。

（2）調査期間

令和5年3月16日～3月24日（回答〆切）

（3）回収状況

回収票 269 票（回収率 9.9%）

（4）結果

回答率の低さは医療的ケア児に直接関わっていない、もしくは関わろうとする意識の差の反映と思われる。回答された医療機関の診療科の80%は内科で、全医療機関の87%は在宅時医学総合管理料を算定していた。診療を行っている医療的ケア児・者の約半数は14才以下で、19才以上は40%であった。医療的ケア児・者の外来診療を行っている医療機関は28ヵ所、

訪問診療を行っている機関は 43 カ所であった。救急で紹介入院できる連携病院については、15 才未満では 63%確保できており、15 才以上では 44%が入院先を探すことに苦勞していると回答していた。今後 15 才未満の医療的ケア児の訪問診療依頼については 65%は不可と回答され、理由としては、病態の複雑さによる専門的知識や技術がない、緊急対応ができないなどの理由で受け入れを困難となっている状態がうかがわれた。しかし 15 才以上の医療的ケア児・者については、不可と回答した機関は 53%と減少し、年長児や成人に対しては受け入れをしていこうとする医療機関が増加していた。

今後、医療的ケア児・者に関わる医療機関を増やすためには、さらに専門の知識や技術をサポートする病院や医療機関と協働するシステムを構築することや、急病時の入院対応の病床確保の体制整備が必要と思われた。

2. 動ける医ケア児を支援できる小児科医・一般内科医養成研修会の開催

小児在宅医療部会における 2 期目の活動として、この数年で地域で保育園、小学校などに通う医療的ケア児の増加により家庭医・園医・校医などが相談を受ける機会も増えてきている背景があるため、医ケア児の知識や実際を知っていただくため、令和 6 年 5 月 11 日に「動ける医ケア児を支援できる小児科医・一般内科医養成研修会～地域で相談を受けられる医師になってみませんか～」を開催した。研修内容は、前半は座学、後半は質問と討論形式で行った。

(1) 研修内容

①医療的ケア児概論 ～地域の受け入れを中心に～

講師：宮田章子委員長（さいわいこどもクリニック顧問）

- ・概論に加え、実際に保育園に通園している事例の紹介も行った。

②区部・市部の問題点

～各区市町村での拠点となるコーディネート機能を持った医療機関の提案～

<区部> 講師：中村知夫委員（国立成育医療研究センター 総合診療部 在宅診療科部長）

- ・医療を行う医療資源を増やすための試みについて、区部基幹病院としての立場から、アンケート調査も踏まえながら解説した。

<市部> 講師：富田直先生（東京都立小児総合医療センター 在宅診療科部長）

- ・新たに多摩地区に設置された東京都医療的ケア児支援センターの紹介と役割の他、多摩地区の課題について解説した。

③具体的な対応等 ～当院外来でみる医療的ケア児～

講師：大谷俊樹委員（かみざきキッズクリニック院長）

- ・9 例の事例を動画を交えて解説しながら、外来で行うケアの実際と地域との関わりを紹介した。

④総合討論

- ・東京都医師会理事の川上一恵先生の司会の元、前半の座学の講師の他、小児在宅医療部会のメンバーである前田浩利委員（医療法人財団はるたか会理事長）、豊川達記委員（豊川小児科内科医院院長）、森尚子委員（赤羽在宅クリニック小児科長）も加わり、「医ケア児支援の

これから」と題して、会場の参加者を交えて活発な討論や質疑応答が行われた。その中で、医ケア児の保育や教育の公的対応の遅れや地域差が指摘され、今後、保護者、行政、教育委員会、学校・保育園、学校・園医、主治医の相互のコミュニケーションを深めることの重要性が話し合われた。

⑤総括

活発な討論を受け、東京都医師会理事の西田伸一先生が、今後も本研修会の継続の必要性を述べた。

研修会の参加者に対して行ったアンケートから、今後はもう少し踏み込んだ同様の研修会の希望や、同様の研修会を多摩地区等でも行うことなどの意見が挙がった。

追記：令和7年2月16日（日）「動ける医ケア児を支援できる小児科医、一般内科医養成研修会～園医・校医として知っておきたい知識～」と題した研修会を、都立小児総合医療センター（府中市）で開催した。

3. 考察

1期では、当部会が担うべき役割について議論し、次の課題などが挙げられた。

- （1）小児在宅診療の担い手の少なさや成長と共に医療的ケア児からケア者への移行が進んでいることに対して成人のかかりつけ医や在宅診療所の参加協力を促していききたい
- （2）医療的ケアや基礎疾患の複雑さのハードルを下げるための医療連携の工夫
- （3）医療的ケア児の地域移行と共に地域の集団への参加が増えているためにかかりつけ医の理解と協力を進めていく。
- （4）複雑な診療報酬の請求や医療消耗物品の一元化、研修会の開催

まずは実態を把握するため在宅療養支援診療所を対象に診療実態や協力意志などのアンケートを行い、結果、条件が合い医療連携を十分に行えば成人を主に対象とする在宅療養支援診療所も協力する意志があり、特に年長者や成人になった医療的ケア者に対しては積極的であることがわかった。

2期では、（3）の課題に対して研修会を開催し、関心の高さを実感し、今後も研修会の地域での開催やステップアップ研修会の開催の必要性があると思われた。

4. 今後に向けての展望

残された課題については解決に向け引き続き部内で検討していく。また東京都の小児在宅診療は区部、多摩地区では提供体制や状況も異なるため、一部は地域を分けての検討や研修会の開催などが必要と思われる。

4. 在宅医療での今回の診療報酬改定について思うこと

東京都医師会理事

莊司 輝昭

我が国が突入している少子化・超高齢・多死社会。2025年には約800万人の団塊の世代が75歳となり、国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上の「超・超高齢社会」になる。そして、医療や介護の需給は今よりさらに高まり、社会保障費の急増、さらには超・超高齢者を支える働き手人口の減少が問題となる。そのため、国は「地域包括ケアシステムの構築」という名のもとで、その一つとして在宅医療の推進を行っている。

これまで病気や介護の問題は国全体で支えるという考えのもと、「国民皆保険制度」（1961年）が整備されたが、現在のような超高齢化の進行や病気・介護の多様化は想定外であった。

現在の我が国は、医療保険制度が整備された当時の社会構造とは異なり、国が面倒を見切れなくなり、言い方は悪いが、ある意味、地方に丸投げしてしまったものが「地域包括ケアシステム」の実態とも言える。

さらには、その後の2040年には高齢者人口がピークに達し、約4,000万人になると予測されている。85歳以上が高齢人口の3割を占め、いわゆる高齢者の超高齢化となり、困窮、孤立、認知症、多死などの問題が深刻化する。これにより、社会保障費は現在の1.5倍程度に増加すると予測されており、支える側の現役世代は約1,000万人近く減少し、さらに医療・介護者は約200万人の不足が予想されている。

また、最期を迎える場所の不足が問題視されており、看取りの場所の確保は急務である。令和4年度に厚生労働省が実施した「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」では、最期を迎える場所として自宅が43.8%、医療機関が41.6%、介護施設が10.0%となっている。これらの結果から、国民の意識の中には、できれば自宅での看取りをかかりつけ医や在宅医にお願いしたいという思いが感じ取れる。今後、ますます需要が見込まれる中で、人生の最終段階において自宅での看取りが唯一の選択肢ではないにしろ、我々医師は責任を持って最期まで関わっていかなければならない。

令和6年度診療報酬改定において、在宅医療関連で様々な項目が見直された。

患者が高齢になっても病気や障害の有無に関わらず、住み慣れた地域で生活を続けられるよう、在宅医療が入院や外来医療、介護、福祉サービスが相互に補完しながら、切れ目のない医療を提供することが求められている。診療報酬上の評価も①訪問診療を行ったことに対する評価、②総合的な医学管理に対する評価、③人工呼吸器その他特別な指導管理などに対する評価の組み合わせで行われている。

それぞれの見直しについては、質の高い在宅医療提供体制の構築の推進、患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進を軸に見直された。特に、在宅患者訪問診療料の算定回数は一貫して増加傾向である一方、訪問診療の頻度は近年減少傾向であり、また、往診料の算定回数は近年特に増加していた。

この往診料については、特に夜間・深夜加算及び休日加算の算定回数が近年大きく増加しているとの報告があり、コロナによる影響も要因として考えられ、今回の診療報酬改定でも減算対象となっている。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料については、点数が細分化されるとともに、往診時医療情報連携加算等が新設された。また、ICT を利用した関係職種との情報共有による在宅医療の提供、医療 DX の活用が期待され、在宅医療情報連携加算等の加算が新設された。

また、人生の最終段階における在宅医療の関わりについても、診療報酬の新設や在宅ターミナルケア加算・看取り加算等の見直しがあった。

今回の在宅医療の診療報酬改定では、減算・加算ともにこれまでの在宅医療提供体制を鑑みて、これからの医療提供体制を見据えた改定となっていた。

昨今、在宅医療、訪問看護、介護リハビリなどの診療報酬、介護報酬の過剰請求や不正請求が報道されている。

ある意味、在宅医療は入院医療とは異なり、居住場所という閉鎖空間の中で提供される医療であり、ブラックボックス化しているのも残念ながら事実である。様々な保険指導や監査だけでなく、今後は医療・介護提供者同士で適切なチェック機能を持った上で在宅医療を提供していかなければならない。そして、不適当な在宅医療が限りある社会保障費の無駄遣いの一端を担うことになってしまうことも肝に銘じていかなければ、今後の超高齢多死社会の中、地域包括ケアシステムが絵に描いた餅となり、残念ながら在宅医療が崩壊する可能性も十分に考えられる。

我が国の第8次医療計画においても、5 疾病、6 事業(※)及び在宅医療に関する事項がはっきり明記されており、継続的な医療体制の構築のためには必須であることを考えると、より適切で適正な在宅医療の提供を行っていかなければならない。

※5 疾病：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患

6 事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）、新興感染症等の感染拡大時における医療

おわりに

東京都医師会在宅医療委員会委員長

迫村 泰成

—答申をまとめ終えて—

東京都医師会では、多くの開業医の在宅医療への参入を促しすそ野を広げるために、2017年「東京在宅医療塾」を立ち上げた。医療塾の企画や内容、講師を在宅医療協議会が担った。都内の各エリアで在宅医療を実践してきた経験深いメンバーから構成され、今回の答申の母体ともいえる組織である。

2020年から始まった新型コロナウイルス感染症により、医療塾開催は縮小を余儀なくされ、その代わりに在宅医療におけるコロナ対応が主題となっていった。その中で、共通の問題意識に上がっていたのが「在宅医療における24時間対応システムをどう構築するのか」というテーマである。医師会の主体は、個人開業医を中心とした小規模診療所である。急速に拡大していく東京都の在宅医療ニーズはあまりに大きく、今回のような感染症や災害が加われば、医師高齢化やマンパワーの点から容易に医療崩壊し、個人開業医だけでは担い切れない限界が明らかとなった。

在宅医療協議会は、2023年に在宅医療委員会へと発展的にリニューアルされ、「2040年問題を見据えたうえで、東京都の一次医療提供体制のあり方を考える」という諮問が設定された。広域の地域医療を支える中～大規模在宅医療機関で先頭に立つ指導的医師の方々、さらにはTMA近未来医療会議で座長を務められ医療介護制度に造詣の深い香取先生を新たにメンバーに迎え、課題や対応策に関し勉強会や議論を重ねてきた。そして会を重ねるごとに、共通の問題意識が醸成されるようになった。

答申の構成としては、まず香取先生から、「東京独自の困難さ、課題」につき、コロナ禍が近未来の東京における医療の脆弱性をあぶりだし、それに対し我々はどう対応すべきか、俯瞰的な立場から総論を述べていただいた。

続いて、それぞれの地域で、さまざまな規模で在宅医療を実践する医師の立場から、高齢者医療への取り組みや今後への提言を含む経験を踏まえた各論として論述していただいた。

一次医療提供体制の大きな役割としては、「地域のゾーンディフェンス機能」である。虚弱高齢者の生活を支え、いかに病院への救急搬送を避けることができるかがポイントとなる。予防としては「重症化させない、孤立化させない」。これはかかりつけ医が外来において責任感をもって日々担う任務でもある（迫村、安田論文）。

増悪時はオンライン診療によるトリアージ、訪問や往診対応が重要になる。救急医療がひっ迫する東京都で、医療が脆弱となる休日や夜間に対応するバックアップ体制が求められる（菊池論文）。東京都在宅医療推進強化事業を含め、医師会単位で地域独自の先端的な取り組みが述べられている（太田、望月論文）

また、入院によりフレイルが進行し非可逆的な状態になりうる入院関連機能障害を考慮し、在宅医療で急性期を支える「在宅入院（Hospital at Home）」という考え方も今後重要

になってくる（遠矢、平原、佐々木淳論文）。一方、入院先として大規模病院だけではなく、地域に密着しフレキシブルな運用が可能な中小病院や有床診療所の重要性がますます高まる（関根論文）。

さらに、在宅療養を強く希望する高齢者に対し、緩和ケア（がん・非がん）や在宅看取りを提供することも重要な一次医療としての任務である。

一次医療提供体制を支える基盤整備（インフラ）についても論述していただいた。

地域の小規模診療所と中～大規模在宅医療機関が中心となるが、コロナ禍で有用性が示されたように、往診対応医療機関がこれに加わる。訪問看護、訪問リハ、訪問管理栄養、訪問歯科、薬剤師、さらにはケアマネを始めとする介護職などとの多職種連携とタスクシフトが必須である。これらの担い手が有機的に機能するためには、精度の高い情報共有の手段として、診診連携、多職種間の ICT 連携を積極的に用いるべきである（弓野、新井、遠矢、佐々木淳、望月論文）。

さらに、一般開業医では対応困難な場合に、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科など専門科とのアウトリーチを含めた連携が必要である（佐々木聡論文）。担い手の少ない小児在宅への参入のハードルを下げる試みも重要である（宮田論文）。

最後に、一次医療提供体制の課題として、以下の点をあげておきたい。

- ・病院との連携をどう構築していくか（関根、佐々木淳論文）。
- ・今後、都市部で需要が大きくなる介護施設入居者における急性期医療ニーズにどう応えていくのか（西田論文）。
- ・認知症のある高齢者や精神疾患患者など医療や介護につながりにくい人たちをどのように発見し、孤立死の防止につなげ対応していくのか。北区におけるアウトリーチの実践が参考になる（平原論文）。

おわりに、2 年間にわたり当委員会において活発に議論し答申作成にご尽力いただいた諸先生方、諮問をいただいた尾崎治夫会長、平川副会長、当委員会を率いて下さった西田伸一理事、佐々木聡理事を始めとする東京都医師会役員の皆様、議事や資料作成に多くの労力を割いていただいた事務局の方々に厚く御礼を申し上げます。本答申が、来るべき近未来の東京都の地域医療課題に対する解決の一助となることを願って、編集後記とする。